Kai Wehkamp
Karl-Heinz Wehkamp

Ethikmanagement im Krankenhaus

Unternehmens- und Wertekultur als Erfolgsfaktor für das Krankenhaus

Mit einem Geleitwort von Heinz Lohmann

 Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Kai Wehkamp | Karl-Heinz Wehkamp

Ethikmanagement im Krankenhaus

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Kai Wehkamp | Karl-Heinz Wehkamp

Ethikmanagement im Krankenhaus

Unternehmens- und Wertekultur als Erfolgsfaktor für das Krankenhaus

Mit einem Geleitwort von Heinz Lohmann



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Die Autoren

Prof. Dr. med. Kai Wehkamp, MPH
Klinik für Innere Medizin I
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Campus Kiel
Arnold-Heller-Straße 3 (Haus 6)
24105 Kiel

Prof. Dr. rer. pol. Dr. med. Karl-Heinz Wehkamp
Universität Bremen
Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften
Socium-Forschungszentrum
Mary-Somerville-Straße 5
28359 Bremen

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Unterbaumstraße 4
10117 Berlin
www.mwv-berlin.de

ISBN 978-3-95466-337-8 (eBook: PDF)

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Informationen sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Produkt-/Projektmanagement: Anna-Lena Spies, Berlin
Lektorat: Pauline Braune und Monika Laut-Zimmermann, Berlin
Layout & Satz: zweiband.media, Agentur für Mediengestaltung und -produktion GmbH, Berlin
Druck: druckhaus köthen GmbH & Co. KG, Köthen

Zuschriften und Kritik an:
MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Unterbaumstraße 4, 10117 Berlin, lektorat@mwv-berlin.de

Lieber Geld verlieren als Vertrauen.

Robert Bosch

Organizations are no longer built on force but on trust. The existence of trust between people does not necessarily mean that they like one another. It means that they understand one another. Taking responsibility for relationships is therefore an absolute necessity. It is a duty. [...]

Peter F. Drucker

Management is doing things right;
leadership is doing the right things.

Peter F. Drucker

Geleitwort

Ethik schafft Vertrauen

Ethik in der Medizin war schon immer von großer Bedeutung. Sollen, ja dürfen die Therapeutinnen und Therapeuten bei jedem Patienten alles anwenden, was sie können? Stehen Wirkung und Nebenwirkung in einem angemessenen Verhältnis? Wie kann der Patientenwunsch auch dann zum Tragen kommen, wenn der zu Behandelnde ihn nicht äußern kann? Sind lebensverlängernde oder lebensverkürzende Maßnahmen geboten und auch erlaubt? Diese Fragen beschäftigen uns in der Medizin solange wir denken können. Die Medizinethik konnte den Diagnostikern und Therapeuten in der Vergangenheit in vielen Fällen im konkreten Abwägungsprozess am Krankenbett Hilfestellungen leisten. In den vergangenen Jahrzehnten hat sich die Situation der Gesundheitsanbieter allerdings grundlegend verändert und erfordert heute differenzierte Antworten auf viele neue Fragen. So ist seit Ende der 1980er-Jahre der wirtschaftliche Druck im Gesundheitssystem kontinuierlich gewachsen. Dazu haben zwei Gründe ganz maßgeblich beigetragen. Zum einen haben viele methodische und technische Innovationen in der Medizin dazu geführt, dass die Inanspruchnahme teilweise sprunghaft gestiegen ist. Zum anderen wirkt sich immer noch die zunehmende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen bei gleichzeitig begrenzten Mitteln im Sozialtransfer aufgrund der demografischen Entwicklung aus. Der angemessene Umgang mit knappen Ressourcen hat deshalb in den letzten drei Jahrzehnten stetig an Bedeutung gewonnen. Dieser Paradigmenwechsel hat den Einzug der Ökonomen in die Gesundheitsunternehmen verursacht und ihren Einfluss ständig wachsen lassen. Während früher Verwalter den „Papierkram“ für die ärztlichen Entscheider bewältigten, waren nunmehr kaufmännisch ausgebildete Experten vonnöten. Parallel dazu ist das Gesundheitssystem mit diversen ökonomischen Anreizsystemen ausgestattet worden, deren Wirkung eine beginnende unternehmerische Steuerung der Gesundheitsbetriebe erforderlich machte. Gleiches gilt für die Krankenkassen, die zudem in den vergangenen Jahren einen dramatischen Konzentrationsprozess erlebt haben. Auch hier sind akademisch ausgebildete Ökonomen in die Führungspositionen gelangt.

All diese Veränderungen in den letzten Jahrzehnten haben dazu geführt, dass heute Entscheidungen, die sich auf die Behandlung von einzelnen Patienten massiv auswirken können, weit weg vom Krankenbett an Konferenztischen getroffen werden. Die Gefahr, dass damit die humanitäre Dimension einer zunächst sehr administrativ erscheinenden Abwägungsfrage nicht ausreichend gewürdigt wird, ist nicht unerheblich. Viele die-

ser neuen Entscheider sind sich der Tragweite ihres Tuns häufig gar nicht bewusst. Sie wähnen die Verantwortung für die konkrete Ausgestaltung der Leistung für einzelne Patienten nach wie vor fast ausschließlich bei den ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern. Ähnliches gilt auch für Techniker, deren wachsender Einfluss auf diagnostische und therapeutische Tätigkeiten nicht unterschätzt werden darf. Dieses gilt insbesondere, seit viele Arbeitsprozesse in Gesundheitsunternehmen von der Ausgestaltung und Funktion der Informationstechnologie mehr und mehr abhängig sind. Ethik kann sich aus diesen Gründen nicht mehr nur auf das Geschehen unmittelbar um den Patienten herum auf den Einzelfall beziehen, sondern muss systemisch die gesamte Organisation der Gesundheitsunternehmen und weiterer Institutionen mit erfassen. Im Umkehrschluss müssen sich die Entscheider aus allen Berufsgruppen und auf den verschiedenen Hierarchieebenen mit der ethischen Relevanz ihres Handelns auseinandersetzen.

Diese Überlegungen haben mich persönlich in meiner Zeit als Verantwortlicher für ein großes Krankenhausunternehmen veranlasst, ein sehr umfassendes Ethikprojekt zu starten. Ziele waren dabei, das Verständnis zu stärken, dass auch Beschäftigte weit weg vom Kranken aus Administration und Technik mit ihrem Tun über das Wohl und Wehe von konkreten Patienten mitentscheiden und, dass nur ein mit allen Akteuren gemeinsam abgestimmtes Verhalten zur Befriedigung der Bedürfnisse der Leidenden führen kann. Als große Herausforderung erwies sich in der praktischen Umsetzung der Idee zunächst einmal das Wecken der Bereitschaft, an den vorgesehenen Meetings überhaupt teilzunehmen. Während die Krankenpflegekräfte dazu nicht sonderlich ermuntert werden mussten, war das in der Ärzteschaft schon deutlich differenzierter. Erst recht waren bei Technikern und Ökonomen erhebliche Anstrengungen zur Motivation erforderlich. Wurden Kaufleute beispielsweise vor die Wahl gestellt, ein Controllingtreffen oder einen Ethikworkshop aufzusuchen, haben sie sich im Anfangsstadium des Projektes fast vollzählig für ersteres entschieden. Dies nach dem Motto: Die harten Zahlen sind wichtig für den Erfolg der Klinik, die weiche Ethik kann warten. Erst allmählich wurde klarer, dass es eher umgekehrt ist. Gerade in der Gesundheitswirtschaft ist Vertrauen ein zentrales Gut und das entsteht nur, wenn der Patient die Gewissheit hat, dass seine Interessen von der gesamten Organisation ins Zentrum der Bemühungen aller Beteiligten gestellt werden.

Patienten werden auf Gesundheitsmärkten auch Konsumenten. Ganz wesentlich trägt zu dieser Entwicklung die zunehmende Transparenz bei. Die tradierte dramatische Wissensasymmetrie zwischen den Experten und den Kranken beginnt zu bröckeln. Das Internet hat schon und wird in Zukunft noch viel mehr für die Beschleunigung dieses Trends sorgen.

Deshalb ist es für die Gesundheitsunternehmen überlebenswichtig, die Patientenwünsche zu wahren. Ethik setzt genau hier an. Es geht im Kern darum, das eigene Handeln von den Interessen des Gegenübers leiten zu lassen und nicht die persönlichen Vorstellungen zum Maß aller Dinge zu machen. Dieser Aspekt ist gerade für Ökonomen von besonderer Bedeutung. Ihre Tätigkeit wird von den anderen Akteuren häufig als dominant, ja letztlich als inhuman, empfunden. Insbesondere Ärzte und Krankenpflegekräfte fürchten, dass ihre Kompetenzen zu sehr eingeschränkt werden und in Folge die Patienten nicht zu ihrem Recht kommen. Ethisch basierte Entscheidungen des Managements sind deshalb auch geeignet, die eigene Position zu stärken. Insgesamt kann die so dringend erforderliche Verbesserung der Kommunikation der verschiedenen Berufsgruppen in Gesundheitsunternehmen untereinander durch für alle geltende ethische Grundsätze angestrebt und letztlich erreicht werden. Deshalb wünsche ich der hier vorgelegten Publikation eine weite Verbreitung und aufmerksame Leser.

Heinz Lohmann
Hamburg im Juni 2017

Vorwort

Ein Krankenhaus ist keine Werkstatt und keine Fabrik. Patienten, ihre Angehörigen, die Mitarbeiter der Krankenversorgung und des Managements sind keine Gegenstände. Ein Krankenhaus hat eine „Seele", die für das Leben von Menschen Sorge trägt. Jeder Mensch, der selbst als Patient stationär behandelt wurde, weiß, dass er an Ärzte, Therapeuten und Pflegende, aber auch an die Menschen an der Pforte, in der Telefonzentrale oder im Labor und letztlich an die gesamte Organisation Krankenhaus die Erwartung richtet, als Mensch, als Person empfangen und behandelt zu werden. Er erwartet, dass man ihn in seiner Lage versteht, ganz besonders dann, wenn der Verlauf des ganzen weiteren Lebens von den Maßnahmen beeinflusst werden kann, wenn das Leben selbst von der Sorgfalt der Krankenhausteams abhängen kann.

Das Wissen um Bedeutung und Wert dieser „Seele" gehört zu den Kernkompetenzen jener, die als Führungskräfte für Organisation, Abläufe und wirtschaftliche Sicherung des Klinikums Verantwortung tragen. Es ist der Schlüssel, um die Mitarbeiter wirklich mitzunehmen, zu bewegen – zu führen. Peter Drucker, der „Vater der Managementwissenschaften", sprach von den „weichen" Faktoren der Managementkunst, die neben den „harten" Daten und Zahlen von ebenso großer Bedeutung sind. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass unter den harten Bedingungen der Krankenhausfinanzierung, des Wettbewerbs und des Mangels an qualifizierten Arbeitskräften die „Seele" in Gefahr ist, ihre Ausstrahlung zu verlieren. Ein solcher Verlust muss als ein elementarer Qualitätsverlust verstanden werden, der seinerseits einen großen Wettbewerbsnachteil, sowohl um Patienten, Zuweiser als auch um Fachpersonal bedeutet. Also muss es zu den Aufgaben des Krankenhausmanagements gehören, die „Seele" der Heilkunde zu pflegen und zu fördern.

Wir sind der Überzeugung, dass die Ethik der Heilberufe den Schlüssel hierzu liefert. Sie ist als Haltung, Kompetenz, Wissen und Organisation zu verstehen. Ohne professionelle Ethik lässt sich das heute mehr denn je geforderte Qualitätsversprechen im Krankenhaus nicht einlösen. Wir sprechen von einer „Corporate Ethical Identity", einer Unternehmensethik im Krankenhaus. Sie umfasst die Medizin- und Pflegeethik, geht jedoch darüber hinaus, indem sie auch die Verantwortung für die Organisation und das Unternehmen Krankenhaus annimmt und somit auch Management- und Organisationethik umfasst. Diese Ethik dem Zufall zu überlassen, hieße eine entscheidende Qualitätsdimension nicht zu berücksichtigen. Das Management muss also auch *ethische* Verantwortung übernehmen.

Das vorliegende Buch wendet sich primär an Führungskräfte im Gesundheitswesen, speziell in Kliniken. Weil „Führung“ jedoch faktisch nicht nur von den Spitzen der Hierarchien her ausgeübt und beeinflusst wird, sondern ebenso von „unten“ und von „nebenan“, somit auch über direkte und indirekte, formelle und informelle Wege geschieht, wendet es sich letztlich an alle Personen, die sich auf je eigene Weise für die Gesundheit von Menschen und die Betreuung Kranker einsetzen.

Wie auch Peter Drucker sind wir davon überzeugt, dass „Führung“ und „Gestaltung“ im Gesundheitswesen äußerst anspruchsvolle Tätigkeiten sind, die an Komplexität kaum überboten werden können. Es gilt politische, wirtschaftliche, rechtliche, technische, ethische und medizinisch-fachliche Entwicklungen zu verfolgen und in einer integrierten Managementpraxis zu berücksichtigen. Die Gestaltung von „Gesundheitssystemen“ und das Management ihrer Institutionen und Organisationen sind nicht zu trennen von der Entwicklung der Medizin, der Human- und Lebenswissenschaften. Die Sorge um die Gesundheit auf der Mikro-, Meso- und Makroebene erfolgt nicht in einem gesellschaftlich abgekapselten „Teilsystem“, sondern in engster Verwobenheit mit Wirtschaft und Gesellschaft auf regionaler, nationaler, internationaler und globaler Ebene.

Dieser Gedanke ist grundlegend. Die hohe Bedeutung des Managements sowohl für die wirtschaftliche Dimension der Gesundheitsversorgung als auch für das Leben von Menschen, ihre Lebensqualität und Lebensdauer, begründet auch die Notwendigkeit der Teilhabe des Managements (wie der Politik) an ethischen Reflexionen und Diskursen auf den verschiedenen Ebenen. Darüber hinaus legt er die Grundlage für den Sinn eines Ethikmanagements, also einer praktischen Nutzung der Ressource Ethik für die gesamte Unternehmensentwicklung.

In den folgenden Kapiteln werden wir versuchen darzulegen, wie „Ethik“ als Wissen und Kompetenz in Einrichtungen des Gesundheitswesens, speziell im Krankenhaus bzw. im Krankenhaus*unternehmen* im Management genutzt und wie es durch aktive Maßnahmen des Managements gezielt gefördert werden kann. Wir beziehen uns dabei auf zahllose Erfahrungen aus der klinischen Praxis, dem Krankenhausmanagement, der Arbeit klinischer Ethikkomitees und der ethischen Organisationsberatung. Dabei soll betont werden, dass nicht erst eine Krise im Gesundheitswesen oder der Prozess der „Ökonomisierung“ die Bedeutung der Ethik begründen, sondern dass Ethik *grundlegend* zum Management im Gesundheitswesen gehört, weil Management stets gerichtete Entscheidungen in einem Feld unvollständiger Informationen zu treffen hat und somit ständig Verantwortung für die höchsten Güter der Patienten, Angehörigen und Mitarbeiter übernehmen muss.

Erfahrungsgemäß müssen wir vorab festhalten: „Ethik“ ist nicht „Moral“. Ethik ist im deutschen Gesundheitswesen immer noch wenig bekannt und im internationalen Vergleich geradezu unterentwickelt. In der Mehrzahl der Lehrbücher zum Management im Gesundheitswesen und auch zu „Public Health“ taucht das Wort „Ethik“ nicht auf. Hier hat die deutsche Wissenschaft im Vergleich zum internationalen Feld noch großen Nachholbedarf.

An den Ethikdefiziten sind auch die akademischen Ethiker nicht ganz schuldlos. Philosophische und theologische Ethik und auch Teile der akademischen Medizinethik sind häufig von der Praxis und besonders vom praktischen Management weit entfernt. Sie leiden häufig an Defiziten empirischer Erfahrung und an ihrer Distanz zu den Sozial- und Wirtschaftswissenschaften. Dadurch entsteht gelegentlich ein romantisch-schöngeistiger Charakterzug, der sich in prinzipieller Gegenposition zu Ökonomisierungsprozessen versteht. Glücklicherweise hat hier inzwischen ein Umdenken begonnen, das die Medizinethik, die praktische Versorgung, Empirie und die Wirtschaftsethik enger zusammenführt.

Wir werden den Versuch machen, dem Leser ein Bild von Ethik als Wissen und Kompetenz zu vermitteln. Am Ende wird deutlich werden, dass Management im Gesundheitswesen auf „Ethik“ nicht verzichten kann. Entscheidungen *allein* auf „Zahlen, Daten, Fakten“ begründen zu wollen übersieht, dass letztere Ziele, Werte und Sinn nicht ersetzen können und nicht ausblenden dürfen, um die Ansprüche der Stakeholder zu erfüllen und erfolgreich zu sein. Außerdem würde das Management tendenziell überflüssig sein, wenn man die zu treffenden Entscheidungen einfach ausrechnen könnte. Management im Gesundheitswesen und speziell in den Kliniken braucht sowohl ein differenziertes wirtschaftswissenschaftliches als auch ein medizin- und organisationsethisches Fundament.

> ***„Zahlen, Daten und Fakten“ sind nur die eine Seite des Managements - die andere Seite umfasst Ethik, Kultur und Kommunikation.***

Das Buch ist als Handbuch konzipiert. Wir haben versucht, unsere teilweise unterschiedliche Praxiserfahrung, die zum einen auf langjähriger Management- und Ethik-Beratung und zum anderen auf der Tätigkeit im operativen und strategischen Krankenhaus- und Qualitätsmanagement beruht, in diesem Buch zusammenzubringen. Die einzelnen Kapitel sind so gestaltet, dass sie jeweils für sich gelesen werden können und stellen jeweils eine Mischung aus praxisorientierten Wissen, Hintergrundreflek-

tionen und praktischen Managementempfehlungen, verknüpft mit vielen echten Fallbeispielen dar.

Karl-Heinz Wehkamp, Kai Wehkamp
Hamburg, Kiel, Bremen im Juni 2017

Inhalt

1 Warum Ethik managen? 1

1.1 Management „macht“ Medizin 1
1.2 Das Management als Teil des Healthcare Teams 3
1.3 Management, Ethik und Sinngebung 5
1.4 Ethik als Kompetenz 6
1.5 Was ist gemeint, wenn von „der Ethik“ die Rede ist? 9
1.6 Ethik – eine Art des Denkens, Debattierens und Entscheidens 10
1.7 Wie „Ethik“ heute in Kliniken genutzt wird 18
1.8 Ethik der Organisation 26
1.9 Bedarf für ein Ethik-Management 26

2 Basiswissen Ethik 29

2.1 Ethik-Kompetenz als Handwerkszeug des Krankenhausmanagers 29
2.2 Medizinethische Dokumente 34
2.3 Der Hippokratische Eid 35
2.4 Das Genfer Ärztegelöbnis – Präambel zur Ärztlichen Berufsordnung 41
2.5 Die Ärztliche Berufsordnung: kodifizierte Medizinethik 45
2.6 Die vier Prinzipien der biomedizinischen Ethik 48
2.7 Ethik in der Klinischen Forschung: Die Deklaration von Helsinki 51
2.8 Weitere Ethik-Dokumente 54
2.9 Medizinethik, Pflegeethik, Unternehmensethik und Wirtschaftsethik 54
2.10 Wirtschaftsethik und der MBA-Eid 57

3 Ethische Herausforderungen im Krankenhaus 61

3.1 Einleitung 61
3.2 Wertschätzung als moralisches Phänomen und als ethische Herausforderung 62
3.3 Unternehmensleitbild und Menschenbild der Medizin 65
3.4 Ethische Konflikte im Rahmen von Diagnostik und Therapie 70
3.5 Grundkonflikt zwischen Medizinethik und betriebswirtschaftlichen Unternehmenszielen 71

4 Ethik managen 77

4.1 Herausforderung und Ansatzpunkte für Ethik-Management 77
4.2 Werkzeuge und Elemente des Ethik-Managements 82
4.3 Mitarbeiter als wichtigste Ressource der Ethik 102
4.4 Integration und Interaktion von Ethik-Management und anderen Konzepten im Krankenhaus 104

5 Motivation und Engagement der Mitarbeiter ____ 113
5.1 Engagement und Patientenorientierung ____ 113
5.2 Das Moment der Freiwilligkeit ____ 117
5.3 Großherzigkeit als Unternehmensziel? ____ 119
5.4 Aufrichtigkeit ____ 120
5.5 Empathie und Verantwortung ____ 121
5.6 Erfolgreiche Führungskräfte ____ 123

6 Ethik und Erfolg ____ 125
6.1 Vom Nutzen des Ethik-Managements ____ 125
6.2 Vertrauen und Kommunikation ____ 126
6.3 Ethik und Unternehmenskultur als Erfolgsfaktoren ____ 127
6.4 Verbesserung der medizinischen Qualität ____ 128
6.5 Beitrag zu Patientenorientierung und Qualitätssicherung ____ 128
6.6 Interkultureller und interreligiöser Respekt ____ 132
6.7 Misserfolg: Halbherzige Ethik ____ 133
6.8 Ethik als ultima ratio ____ 134
6.9 Ethik und wirtschaftlicher Erfolg ____ 135

7 Ethik in Aktion – praktische Erfahrungen an deutschen Krankenhäusern ____ 139
7.1 Der Weg zur Ethik ____ 139
7.2 „Ethical Grand Round“ ____ 140
7.3 Ärztliche Entscheidungen am Lebensende ____ 140
7.4 Die Akademie für Ethik in der Medizin ____ 141
7.5 Vorbild: Bioethik-Kurse Georgetown University ____ 142
7.6 Zentrum für Gesundheitsethik Hannover/Loccum ____ 143
7.7 Ethik und Unternehmenskultur in konfessionellen Krankenhäusern – internationale Vorbilder ____ 144
7.8 Ein Ethik-Kodex für ein deutsches Krankenhaus ____ 145
7.9 Erkenntnisse der Untersuchungsphase an der Henriettenstiftung ____ 146
7.10 Die konfessionellen Krankenhausverbände verbreitern die Basis: Klinische Ethik für alle ihre Häuser ____ 148
7.11 Eine Unterscheidung wird nötig: Ein Ethik-*Komitee* ist keine Ethik*kommission*! ____ 149
7.12 Europas größtes kommunales Großklinikum experimentiert mit „Ethik“ ____ 150
7.13 Ethik als Beitrag zur Qualitätsentwicklung ____ 154
7.14 Weitere Ethik-Projekte an deutschen Kliniken ____ 156
7.15 Ausblick ____ 157

Glossar ____ 159

Sachwortverzeichnis ____ 168

Die Autoren ____ 171

1 Warum Ethik managen?

Über Management, Medizin und Ethik. Das Health-Care-Team. Der Zusammenhang zwischen Managementkompetenz, Führungsstärke und Ethik-Kompetenz. Warum Ethikinfrastrukturen und Ethik-Kompetenz nicht dem Zufall überlassen werden sollten. Gestaltung ethischer Diskurse und Konzepte durch das Management. Vertrauensbildung und Unternehmensstrategie durch verbindliche Ethik.

1.1 Management „macht" Medizin

„Management" im Krankenhaus ist mehr als die frühere „Verwaltung". Kaufmännische, ärztliche, pflegerische und weitere Ebenen gehören dazu. Management im Gesundheitswesen verfolgt letztlich dieselben Ziele wie die Gesundheitspolitik und die Medizin. Management, Medizin und Gesundheitspolitik erfahren ihre Legitimation aus der Mehrung von „Gesundheit". Und sie verlieren ihre Legitimation, wenn sie dieses Ziel verfehlen.

Management gestaltet Strukturen, Prozesse, Organisationen, Unternehmen und wird daran gemessen, ob die verfolgten Ziele wirtschaftlich und effizient erreicht werden. Mit seinen spezifischen Methoden und Kompetenzen dient es der Förderung, dem Einsatz und der Gestaltung all jener Berufsgruppen, Wissenschaften und Künste, die in der Lage sind, „Ge-

sundheit“ zu erhalten und wiederherzustellen, bei chronischen Krankheiten ein möglichst gutes Leben zu ermöglichen und das Leben zu verlängern, wo immer dies mit gutem Gewissen möglich ist. Auch die bestmögliche Begleitung Sterbender gehört zu diesen Aufgaben. Peter F. Drucker hat das Krankenhaus als eine der komplexesten Organisationen mit den höchsten Herausforderungen für das Management bezeichnet. Die vielfältigen Anforderungen an Qualität und Ethik der Patientenversorgung tragen hierzu wesentlich bei (s. Abb. 1).

> In diesem Buch wird der Begriff „Medizin“ im erweiterten Sinn verwendet. In diesem Verständnis umfasst er auch die Pflege und die nicht-ärztlichen Therapeuten. Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass „die Medizin“ über keine abgeschlossene Identität verfügt. Der Begriff ist im ständigen Wandel und in seiner Grenzziehung stets auch von Interessen abhängig.

Management im Gesundheitswesen „macht Medizin“. Freilich nicht wie die Ärzte und die vielen Berufe, die direkt mit Patienten arbeiten, sondern indirekt, indem es die Arbeitsbedingungen und Ressourcen der unmittelbaren Gesundheitsberufe auf Unternehmensebene gestaltet. Damit steht es auch mit in der medizinischen Verantwortung. Es kann sich nicht in die kaufmännische Ecke zurückziehen und sollte auch aus dieser befreit werden. Management muss etwas von der Medizin verstehen, da die

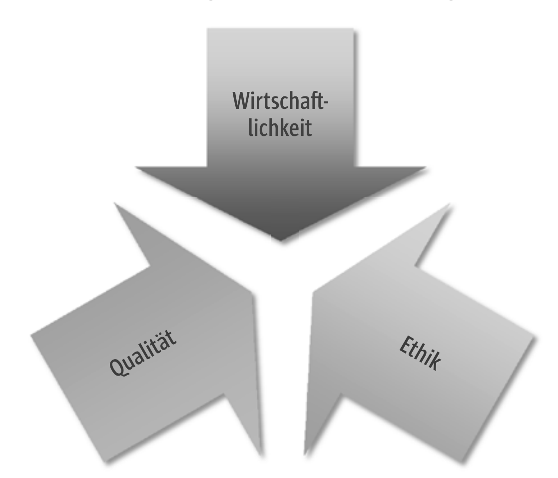


Abb. 1 Herausforderung Krankenhausmanagement.
Peter F. Drucker hat das Krankenhaus als eine der komplexesten Organisationen mit den höchsten Herausforderungen für das Management bezeichnet. Insbesondere die vielfältigen Anforderungen an Qualität und Ethik der Patientenversorgung tragen hierzu bei.

Unternehmensziele nicht vom Ziel guter medizinischer Versorgung gelöst werden dürfen. Es ist Teil des „Health Care Teams“ und sollte in der Praxis auch so wahrgenommen werden.

1.2 Das Management als Teil des Healthcare Teams

Im Zentrum der individuellen und gesellschaftlichen Sorge um die Gesundheit steht zweifellos die Medizin, ohne die ein Gesundheitssystem und auch ein Krankenhaus keinen Sinn machen. Die Inhalte, Entwicklungen, Denkweisen und Potenziale der Medizin müssen das Management interessieren, weil sie vielfältige Konsequenzen haben für die Institutionen und Unternehmen. Nicht zuletzt sind sie grundlegende für das Angebot an Gesundheitsdienstleistungen und die Nachfrage der Patienten oder Kunden.

Healthcare team

Für diesen englischen Begriff gibt es leider kein deutsches Wort. Wo es kein Wort gibt, gibt es auch keine reale Entsprechung. In deutschen Krankenhäusern ist der Teamgedanke am ehesten in der Intensivmedizin, Palliativmedizin und in den operativen Fächern oder der Psychiatrie realisiert. Die Managementberufe werden bislang aber meist nicht zum „Team“ gezählt. Vielfach werden sie „der Verwaltung“ zugeordnet und mehr oder weniger als fremd bis feindlich betrachtet. Je stärker das Management in die Abläufe der unmittelbaren Patientenversorgung eingreift umso wichtiger wird die Überwindung dieser Trennung.

Die Medizin befindet sich in einem kontinuierlichen Veränderungsprozess mit teilweise dramatischen Konsequenzen für Gesunde, Kranke, Nochnicht Kranke und letztlich für die gesamte Kultur und Gesellschaft. Die sich rasend schnell entwickelnde Grundlagenforschung im Bereich der Molekulargenetik, der Neurowissenschaften, der Nanoforschung und der Informationstechnologie ist aktuell dabei, ein völlig neues Konzept von „Medizin“ hervorzubringen, so dass unter anderen die Frage zu beantworten ist, was denn als Medizin gelten soll und was das Krankenhaus der Zukunft ausmachen wird. Auch die Psychotherapie, die Therapie- und Pflegewissenschaften gehören zu diesem Kern. Während sich all diese Professionen, Disziplinen und Wissenschaften direkt auf gesunde und kranke Individuen beziehen, richten sich all jene als „Public Health“ (früher auch „Sozialmedizin“) bezeichneten Maßnahmen auf Lebensbedingungen, Umwelten, Systeme und Verhaltensweisen. In mancher Hinsicht ist Management mit „Public Health“ verwandt, denn anders als beim be-

handelnden Arzt ist der „Gegenstand“ der Maßnahmen ein Kollektiv. Wenn Management auf Wirtschaftlichkeit verpflichtet ist, so geht es auch- jedenfalls im öffentlichen Bereich- um das Ziel, als begrenzt geltende Ressourcen so einzusetzen, dass die Gesundheit der Bevölkerung davon bestmöglich profitiert.

Management im Gesundheitswesen organisiert, steuert und strukturiert eine wachsende Vielfalt von Gesundheitspraktiken. Es sorgt für die Bereitstellung geeigneten Personals, für effektive Teamarbeit, für die Gestaltung der Prozesse und Abläufe. Es stellt erforderliche Ressourcen einschließlich Wissen und Informationen bereit. Es kümmert sich um Finanzierungen, um Wirtschaftlichkeit, Gewinne und – im privaten Sektor- Profit. Dazu gestaltet es Organisationen, Institutionen, Unternehmen. Diese wiederum sind Teil eines politisch und juristisch gestalteten „Systems“, das Verantwortlichkeiten, Zielvorgaben und Finanzierungsmuster vorgibt. Alle drei Ebenen, die Mikroebene der persönlichen Betreuung und Versorgung, die Mesoebene der Unternehmen und die Makroebene aus Politik, Recht und Kultur müssen vom Management berücksichtigt und integriert werden. Ohne die Mikroebene jedoch, ohne die direkte medizinische, therapeutische, pflegerische und pädagogische Arbeit am einzelnen Menschen machen Management und Politik jedoch keinen Sinn.

Aus der grundlegenden, wenn auch in der Gegenwart noch wenig entwickelten Verbindung zwischen der praktizierten Medizin und dem Management ergibt sich, da es um Gesundheit und Krankheit und damit das Leben von Menschen geht, eine geteilte hohe Verantwortung. Die Organisation und „Führung“ medizinischer und pflegerischer Prozesse nimmt direkten und indirekten Einfluss auf deren Qualität und Ergebnisse. Wie die Pflegenden und Ärzte am Krankenbett, in der Diagnostik oder am OP-Tisch ist auch das Management verantwortlich für die Qualität der Versorgungsleistungen. Gute Medizin und Pflege brauchen gute Organisationen, vernünftige Rechtsordnungen, adäquate Finanzierungen und letztendlich ein gutes Management. Das Management ist effektiv Teil des „Health-Care-Teams“.

Dieser Gedanke ist grundlegend für das vorliegende Buch. Die hohe Bedeutung des Managements sowohl für die wirtschaftliche Dimension der Gesundheitsversorgung als auch für das Leben von Menschen, ihre Lebensqualität und Lebensdauer, begründet auch die Notwendigkeit der Teilhabe des Managements (wie der Politik) an ethischen Reflexionen und Diskursen auf den verschiedenen Ebenen zu denen auch das Healthcare Team zählt. Darüber hinaus liegt hier die Grundlage für den Sinn eines Ethik-Managements, also einer praktischen Nutzung der Ressource Ethik für die gesamte Unternehmensentwicklung und -führung.

1.3 Management, Ethik und Sinngebung

Auf der Mikroebene von Medizin und Pflege ist Ethik im Sinne von fest verankerten Wertmaßstäben und Prinzipien seit Alters her *die* Voraussetzung für das Vertrauen der Patienten und der Bevölkerung. Anders als zu den Zeiten des Hippokrates praktizieren die Gesundheitsberufe heute aber in Organisationen, Unternehmen, Rechts- und Finanzierungsordnungen, deren Leistungsfähigkeit ihrerseits mit volkswirtschaftlichen und politischen Faktoren eng verbunden ist. Diese Einbindungen machen nicht nur ein komplexes Gesundheitsmanagement erforderlich, sie schaffen auch dessen klassische Konfliktlage zwischen den Bedürfnissen des einzelnen Patienten, Klienten oder Kunden einerseits, und kollektiven Interessen andererseits. Auch die Erhaltungsinteressen der Organisationen (z.B. der Krankenhäuser) und die wirtschaftlichen Interessen der Gesundheitsberufe sowie der Gesellschaft insgesamt sind zu berücksichtigen. Management steht auch im Dialog mit der Politik, die über das Maß bereit zu stellender Ressourcen sowie die Prinzipien ihrer Aufbringung und Verteilung (Gerechtigkeit, Solidarität, Gleichheit usw.) zu entscheiden hat. Schließlich entscheiden auch die politischen Organe der Gesellschaft und der internationalen Gemeinschaft über Richtung und Grenzen des wissenschaftlichen Fortschritts.

Aus all dem folgt, dass Management nicht als Technik zu verstehen ist, sondern als eine Kunst, die auf Kompetenzen beruht und sich vieler Techniken bedient. Dazu muss es die verschiedenen Techniken und die sie erzeugenden Wissenschaften kritisch auf ihre Eignung und Wirkungen prüfen und bewerten. Die Wissenschaften stellen jedoch in der Regel nur „Objektwissen" bereit, das heißt, sie beschreiben Zusammenhänge, Trends, Möglichkeiten der Beeinflussung, Gegenstände. Was die objektivierenden Wissenschaften nicht leisten können ist Antwort geben auf die schwierigsten Fragen, die das Management und die Politik herausfordern. Sie können nichts sagen über die zu verfolgenden Ziele, also darüber, was als Ziel und damit als „wertvoll" erreicht werden soll. Um Ziele und Werte als Orientierung für Entscheidungen wird in Medizin, Management und Politik häufig gestritten. Ethik stellt Wissen, Techniken und Kompetenzen bereit, um solche Entscheidungen in transparenten Prozessen nach transparenten Kriterien und Begründungen zu fällen.

> *Aussagen über das, was erreicht werden* soll *sind zentraler Bestandteil von Führung. Diese wiederum gelingt nur, wenn das Ziel* begründet *und* für gut *gehalten wird. Dies ist eine Voraussetzung für Motivation und Identifikation mit dem Ziel. Und diese sind wiederum für das Ergebnis*

von größter Bedeutung. Ethik-Kompetenz von Führungskräften bedeutet, den Sinn von Entscheidungen herauszuarbeiten und auch in der Situation von Konflikt und Dilemma entscheidungsfähig und führungskompetent zu bleiben.

1.4 Ethik als Kompetenz

Für die Praxis genügt es nicht, Wissen über philosophische, theologische oder medizinische Ethik zu haben. So wichtig solches Wissen ist, entscheidend ist die ethische Kompetenz. Damit ist die Fähigkeit gemeint, ethische Phänomene wahrzunehmen, in Sprache zu fassen und auf der Grundlage ethischer Expertise angemessen gestaltend einzugreifen. Wenn ein ethisches Problem oder – mehr noch – ein ethischer Konflikt vorliegt, kann dies zweierlei Situationen betreffen. Die erste liegt vor bei einem realen oder empfundenen „ethischen Fehlverhalten", indem beispielsweise eine anerkannte Norm verletzt wird. Es kann sich um eine Verletzung der Schweigepflicht handeln, um eine Unterlassung der Sorgfaltspflicht oder um die Verschwendung von materiellen Ressourcen. Ein ethischer Konflikt liegt vor, wenn unterschiedliche Normen nicht miteinander vereinbar sind. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn ein Patient, für dessen Wohl man verantwortlich ist, in vollem Besitz seiner geistigen Kräfte („Autonomie") etwas tut, das seiner Gesundheit und seinem Leben schadet. Ein ethischer Konflikt liegt auch vor, wenn man vor der Frage steht, ob die Notaufnahme wegen Überlastung geschlossen werden soll, während gleichzeitig eine hohe Belegung des Hauses für dessen wirtschaftliche Zukunft entscheidend ist.

Ethische Kompetenz besteht also in der Fähigkeit, mit Hilfe von Wissen die Wahrnehmung auf derlei Phänomene zu lenken, sie gedanklich und sprachlich zu fassen um eine begründet „gute" Entscheidung treffen zu können. Ein ethisches Problem unterscheidet sich von einem technischen Problem dadurch, dass dies durch Sachwissen und Fakten allein nicht zu lösen ist, geht es doch um die Frage, was in einer Situation X getan werden *soll*. Ein Herzchirurg beispielsweise verfügt über die technische Kompetenz, ein Organ zu verpflanzen. Er verfügt auch über die Erfahrung, wie die Erfolgschancen einzuschätzen sind. Die Entscheidung aber, ob ein jüngerer oder ein älterer Patient das Herz bekommen sollte, kann er nicht besser treffen als jeder Laie. Ob ein Krankenhaus aus wirtschaftlichen Gründen „lukrative Patienten" bevorzugt Termine vergeben soll enthält ebenfalls ethisches Konfliktpotenzial.

Sehr häufig sind ethische Phänomene daran erkennbar, dass die beteiligten Menschen emotional stark involviert sind. Sind eigene moralische

Maßstäbe verletzt worden so bleiben emotionale Reaktionen nicht aus, weil die Selbstachtung im Spiel ist. Wer in solchen Situationen über die Fähigkeit zur Distanz verfügt, um die Frage danach zu stellen, was jeweils genau vor sich geht, der verfügte über einen Vorteil. Er kann die Reaktionen der Beteiligten klarer und schneller verstehen und respektvoll auf sie eingehen. So können Verständigungsprozesse im Sinne von Mediationen vorgenommen werden. Die eingesetzten Kriterien für die Beurteilung einer Situation und die darauf bauende Entscheidung werden klarer und verhandelbar. Die Erfahrung zeigt, dass in solchen Verfahren Einschätzungen geändert werden können und chronifizierte Teamkonflikte aufgelöst werden können.

„Die mit dem Leichentuch wedeln“ versus „die Schreibtischmörder“

Ein Fallbeispiel zum Thema „Ethischer Konflikt im Krankenhaus“ sowie zu Sinn und Nutzen von „Ethik-Strukturen“ und ethischer Kompetenz.

Das folgende Fallbeispiel ist keine Erfindung. Es beschreibt einen extremen Konflikt, der sich in einem kleineren Kreiskrankenhaus zugetragen hat. In diesem Ausmaß sind solche Konflikte zwar selten, die Grundstruktur liegt aber vielen täglichen Konflikten in deutschen Kliniken zu Grunde. Das wirtschaftliche Interesse eines Krankenhauses gerät in Konflikt mit dem moralischen Empfinden von Ärzten und Pflegenden, aber auch von Patienten, Angehörigen und Öffentlichkeit. Das verantwortliche Krankenhausmanagement, gemeinhin als „die Verwaltung“ bezeichnet, sieht sich moralisch an den Pranger gestellt. Dabei können auch von dieser Seite wichtige moralische Gründe angeführt werden. Das Krankenhaus muss durch Sicherung von Einnahmen seinen Erhalt sichern. Die Mitarbeiter und alle Leistungen müssen bezahlt werden. Die Kosten der Häuser müssen in Grenzen gehalten werden, weil die Zwangsbeiträge zur Krankenversicherung nicht beliebig gesteigert werden können.

Der Notruf einer Frau erreicht den Rettungsdienst. Ihre Mutter, die zu Besuch sei, sei bewusstlos und krampfend zusammengebrochen. Der Notarzt findet eine nicht ansprechbare 65-jährige Frau vor. Umgehend wird sie ins naheliegende kommunale Krankenhaus gefahren, das über eine „Stroke-Unit“ zur Behandlung von Schlaganfällen verfügt. Auf dieser Station werden alle erforderlichen medizinischen Maßnahmen eingeleitet. Sie führen alsbald zu einer Stabilisierung der Situation, allerdings bleibt die Behandlung und Überwachung auf der Intensiveinheit weiter erforderlich. Am dritten stationären Tag erfährt das Patientenmanagement, dass keine ausreichende Versicherung vorliegt. Die Patientin stammt aus einem nicht zur Europäischen Union gehörenden Land und der Versicherungsnachweis ist offenbar nicht korrekt. Die kaufmännische Abteilung befürchtet, dass die Behandlungsrechnung von niemandem übernommen wird. Das Klinikum schreibt „rote Zahlen“. Das Management fordert deshalb die verantwortlichen Ärzte auf, die Patientin möglichst umgehend zu entlassen. Die Aufforderung löst Empörung bei Ärzten

und Pflegenden aus. Ein typischer Konflikt zwischen „Schreibtischmörder" auf der einen Seite und „denen, die mit dem Leichentuch wedeln" auf der anderen Seite bricht aus.

„Medizin" und „die Verwaltung" stehen sich feindselig gegenüber. Ärzte und Pflegende berufen sich auf medizinethische Grundsätze. Man müsse stets zum Wohle des Patienten handeln und dürfe nie wissentlich dem Patienten Schaden zufügen. Geld dürfe bei medizinischen Entscheidungen grundsätzlich keine Rolle spielen. „Die Verwaltung" argumentiert mit der wirtschaftlichen Situation des Hauses. Alle Mitarbeiter würden doch auch erwarten, dass ihre Löhne bezahlt werden. „Die Politik" sei nicht grenzenlos bereit, das wirtschaftliche Defizit dieses Hauses auszugleichen. Ein Verkauf an einen privaten Krankenhauskonzern könne unvermeidbar sein, wenn man nicht auf die Kosten der Behandlung und die möglichen Erlöse achten würde.

Den Mitarbeitern gegenüber argumentiert das kaufmännische Management mit der wirtschaftlichen Zukunft des Klinikums und mit deren Eigeninteressen an Lohn und an einem kommunalen Arbeitgeber. Die Mitarbeiter betrachten die Argumentation als unmoralisch.

Man einigt sich nach aggressivem Streit auf einen Kompromiss. Die Patientin wird nach fünf Tagen entlassen. Im PKW ihrer Tochter wird sie über mehrere hundert Kilometer in ihre Heimat gefahren, wo sie noch am Ankunftstag stirbt. Im Klinikum versucht man alles daran zu setzen, dass die Öffentlichkeit nicht über den Fall informiert wird. Seitens der Presse wurde eine Skandalisierung befürchtet die einen Imageschaden für das Klinikum zur Folge hätte, was wiederum zu wirtschaftliche Einbußen führen könnte.

Ein klinisches Ethik-Komitee war in diesem Fall nicht vorhanden, Organisationsethik war unbekannt, entsprechende Erfahrung und Kompetenzen fehlten. Hätte es diese Strukturen gegeben, so hätte der Konflikt entmoralisiert und deeskaliert werden können Die zwei in sich schlüssigen, aber miteinander unvereinbaren Argumentationen wären deutlich identifiziert worden: ein Dilemma. Im Idealfall wären auch Mitarbeiter des kaufmännischen Managements Teil des Komitees. Wahrscheinlich wäre man zu dem Ergebnis gekommen, dass beide Seiten durchaus ebenbürtige moralische Gründe anführen konnten. Letztlich handelt sich um einen Konflikt zwischen den Interessen eines Individuums (Patient) sowie seinem medizinischen „Anwalt" und den Interessen der Gesellschaft an einem finanzierbaren Gesundheitssystem und ihrem „Anwalt" im kaufmännischen Management. Die grundlegende Akzeptanz beider Positionen hätte dem Konflikt den feindseligen Charakter nehmen können, so dass man gemeinsam nach der bestmöglichen Entscheidung gesucht hätte.

An Stelle einer in zwei feindliche Lager geteilten Mitarbeiterschaft wäre man dem Modell eines „Health-Care-Teams" nähergekommen. Die Lösungen wären dann möglicherweise in Finanzierungsmodellen und Leitlinien für dergleichen Fälle zu finden gewesen. Vielleicht hätte man einen speziellen Fonds eingerichtet, eine Stiftung einbezogen oder geregelte Verfahren mit Krankenkassen oder politischen Trägern gesucht. Man hätte sogar die Presse in diese Konflikt-

lage einbeziehen können und in der regionalen Bevölkerung einen Prozess der Meinungsbildung über medizinische Versorgungsgrundsätze und deren Finanzierung angestoßen.

1.5 Was ist gemeint, wenn von „der Ethik" die Rede ist?

Das Wichtigste vorweg: Ethik ist *nicht* Moral, sondern die kritische Theorie der Moral. Moral sagt: „Man muss". „Man soll". „Das tut man nicht." usw. Ethik fragt: Wie ist denn das „man muss" oder „man darf nicht" begründet? Stimmen die Argumente? Muss das immer so sein?

Ethik – so verstanden – ist antidogmatisch. Ethik legt Wert auf den Gedanken, dass aus der (wissenschaftlichen) Beschreibung dessen was ist (Deskription) und dessen, wie es „funktioniert" und „zusammenhängt" (Analyse), nicht direkt abgeleitet werden kann, was man tun *soll*. Ethik fragt, „was *soll* ich tun?", „was ist gut?" Warum ist etwas „gut" oder „schlecht"?

Wer sich mit „der Ethik" befasst macht die Erfahrung, dass auch nach Jahrzehnte langem Studium sich keine unumstrittene Klarheit einstellt. Dennoch wird dieses Studium leicht als persönlicher Gewinn empfunden werden können.

Es gibt nicht „die Ethik". Sicher ist, dass es den *Begriff* Ethik gibt und dass darunter ein hoch komplexes, nicht eindeutig definierbares Konglomerat von Denkweisen, Texten und Institutionen verstanden wird.

Der Begriff „Ethik" gehört zu jenen sprachlichen Gebilden, von denen Nietzsche sagt, sie hätten sich von ihrem Gegenstand gelöst und würden ein (verwirrendes) Eigenleben führen. Damit sind auch einige Gefahren verbunden, weil die Rede von der Ethik missbraucht werden kann für Interessen der Macht.

Es ist wichtig zu beachten, dass immer dann, wenn die Formulierung „aus ethischer Perspektive" oder „aus Sicht der Ethik" benutzt wird, keineswegs eine einheitliche Position vertreten wird. Selten vertreten zwei „Ethiker" die gleiche Meinung. Die Gemeinsamkeit liegt eher in der Art des Denkens und in der Nutzung gemeinsam verstehbarer Fachbegriffe. In der Regel geht es um eigene moralische Positionen der Autoren oder Sprecher, die „ethisch" versucht werden zu begründen. In der Medizinethik geht es freilich um ein praktisches Ziel, nämlich um „gute Medizin".

1.6 Ethik – eine Art des Denkens, Debattierens und Entscheidens

Man könnte Ethik als eine Kunstform des Denkens bezeichnen, die darauf spezialisiert ist, sich mit Problemen moralischer Art zu befassen, also mit Normen und Werten im Sinne von Sitten und Regeln des gesellschaftlichen Verkehrs.

Die Besonderheit dieser Denkweise besteht darin, dass es letztendlich um die Frage geht, was getan werden *soll*. Diese Frage kann aus der Sicht einer Person, einer Institution, einer Profession oder einer ganzen Gesellschaft gestellt werden.

Mit Blick auf das Themenfeld Gesundheit ergeben sich beispielsweise folgende Fragen: Welche Ziele sollen bei der Behandlung eines Patienten verfolgt werden? Soll eine Klinik Schwangerschaftsabbrüche durchführen? Welchen Einfluss darf betriebswirtschaftliches Handeln auf medizinische Entscheidungen nehmen? Soll die Embryonenforschung gefördert oder verboten werden?

Ethisches Denken beinhaltet die Kunst, Fragen so zu stellen, dass unter verschiedenen möglichen Antworten der Blick darauf gerichtet wird, welche Antwort oder welches Ziel als *gut* angesehen werden kann.

Es geht also häufig darum, was gut ist, worin das Gute besteht und warum das Gute wirklich gut ist. Ist es zum Beispiel gut, Patientenverfügungen einzuführen, damit der mutmaßliche Wille eines nicht entscheidungsfähigen Patienten besser beachtet wird? Warum ist das so?

Die Frage nach dem, was als gut gelten soll und kann, die Postulierung von Werten, die zugleich Ziele zu bestimmen erlauben, ist die Vorstufe von Entscheidungen.

Wer eine Entscheidung trifft, macht im Sinne dieses Wortes einer Scheidung ein Ende, d.h. aus verschiedenen Alternativen wird *eine* Wahl getroffen. Der Entscheider betrachtet in der Regel seine Wahl als die beste, hat also eine Vorstellung davon, was gut, besser oder *richtig* ist.

Sich diese Wertmuster bewusst zu machen, bevor man anhand von Zahlen, Daten und Fakten glaubt, „rein sachliche" Entscheidungen zu treffen, kann als *angewandte Ethik* bezeichnet werden.

Wer in diesem Sinne ethisch denkt, wird häufig die Erfahrung machen, dass es so genannte Zwickmühlen gibt, in der keine Entscheidung gut oder richtig ist. Solche Dilemmata können gefährlich werden, wenn sie Blockaden bewirken. Ethisches Denken lehrt die Kunst des Umgangs mit dem Dilemma oder anderen komplexen Situationen.

1.6.1 Ethik-Kompetenz als Fähigkeit gute Entscheidungen zu treffen

Der Nutzen von Ethik für das Management im Krankenhaus und im Gesundheitswesen liegt in der Vermittlung von Kompetenzen. Diese schärfen das Bewusstsein für die moralische Dimension von Entscheidungen und die Macht moralischer Phänomene. „Gute" Produkte und Dienstleistungen sind eine entscheidende Grundlage für jeden Unternehmenserfolg. Um „gut" zu sein müssen sie auch auf „gute" Weise erzeugt und erwirtschaftet werden. Umgekehrt kann die Verletzung moralischer Werte das Vertrauen von Kunden, Patienten, Einweisern und Öffentlichkeit erschüttern und die Existenz eines Unternehmens gefährden. Die Beispiele der Diesel-Abgasaffäre, zweifelhafter Kreditgeschäfte von Banken oder des Staffordshire-Skandals im Nationalen Gesundheitsdienst Großbritanniens (s.u.) zeigen dies in aller Deutlichkeit.

Staffordshire Hospital: Leaders must exercise 'strong, ethical and patient-centred leadership in every organisation'

Management, das vermeintlich nur an Zielen der Wirtschaftlichkeit und Effizienz orientiert ist und dabei auf eine starke ethische und patientenzentrierte Führungsqualität verzichtet, kann Katastrophen auslösen. Ein Beispiel dafür ist der in Deutschland wenig beachtete, im Vereinigten Königreich aber mit großer öffentlicher Aufmerksamkeit verfolgte „Staffordshire-Scandal". Im Mid-Staffordshire Hospital sollen zwischen 2005 und 2008 bis zu 1.300 (!) Patienten an Unterversorgung zu Tode gekommen sein. Die Todesopfer stellen allerdings nur einen kleinen Teil der Opfer dar. Kosteneinsparungen und wirtschaftliche Zielvorgaben sowie deren Art und Weise der Umsetzung durch Führungskräfte wurden dafür verantwortlich gemacht. Als Reaktion wurden ein grundlegender Kulturwandel in den britischen Krankenhäusern und im gesamten National Health Service (NHS) eingefordert. Die von Robert Francis im Auftrag der britischen „Kings-Fund"-Stiftung durchgeführte Untersuchung schockierte die Öffentlichkeit Großbritanniens. Die dort gezogenen Lehren sind zweifellos auch für deutsche Führungskräfte im Gesundheitswesen von großer Bedeutung. Die folgenden Auszüge aus dem Bericht sind wörtlich übernommen.

"Leadership development is essential in promulgating an organisational culture in which patients' needs come first and the values of patient-centred care are communicated and understood at all levels, from the board to the ward.

It is the responsibility of every NHS organisation to give priority to developing its leaders – clinicians and managers – rather than expecting others to do it.

By the time, Stafford hospital's failings were exposed by regulators up to 1,200 patients had died needlessly.

In the wards, people lay starving, thirsty and in soiled bedclothes, buzzers droning hopelessly as their cries for help went ignored. Some received the wrong medication; some, none at all.

To do this, they should:

- be visible and set an example
- listen to patients and staff
- understand their organisations in depth, at both an operational and strategic level
- think laterally across boundaries
- share leadership with all staff, and ensure that they feel valued, respected and supported
- encourage clinical engagement
- be able and willing to challenge others

A transformation of systems, leadership and organisational culture is needed throughout the NHS if the lessons of the Francis Inquiry into the shocking failings of care at Mid Staffordshire are to be learned and acted on.

The leadership of the NHS at a national level needs to create the conditions in which high standards of care are delivered consistently, setting clear goals and standards for improving quality and patient safety, and providing the means for staff to deliver these goals within available resources.

The quality of care provided by NHS organisations is first and foremost a corporate responsibility under the leadership of boards. As such, boards must demonstrate that they give sufficient priority to quality and patient safety – for example, by seeking and acting on patient feedback, hearing patient stories, reviewing and learning from complaints, taking time to listen to patients and their relatives, and acting on the results of staff surveys.

Clinical teams perform best when their leaders value and support staff, enable them to work as a team, ensure that the focus is on patient care, and create time to care."

Management ist Praxis und Entscheiden

Eine wichtige Voraussetzung um die Bedeutung ethischer Kompetenz für das Management im Gesundheitswesen zu verstehen ist ein Verständnis von Management als ein Tun, Handeln, Entscheiden (und nicht als „Objekt"). Dies ist keineswegs selbstverständlich. Die meisten deutschsprachigen Lehrbücher enthalten durchgängig „Objektwissen", indem dort Gesundheitssysteme und deren Elemente wie Krankenversicherungen, Ärztekammer, Versorgungsstrukturen usw. beschrieben werden. Sie enthalten nützliches Wissen für Manager – das Management als Kunst des Handelns und Entscheidens kommt jedoch viel zu kurz.

Die Rolle moralischer Bewertungen von Zielen, Mitteln, Strategien, Leistungen (Produkten) und Entscheidungen durch die Teams, die Kunden, Patienten und die Öffentlichkeit wird selten reflektiert. Ethik als Reflexionstheorie der Moral, als kritischer Gegenpol zur Moralisierung und als Kompetenz der Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit in Situationen des Dilemmas erscheint in den Registern der Managementliteratur nur selten. Dabei sind diese Kompetenzen für das Management alles andere als entbehrlich. Sie gehören zu den „weichen Fähigkeiten" („Soft Skills"), von denen Peter Drucker, der Initiator der Managementwissenschaften schreibt, sie seien ebenso wichtig wie die „harten Faktoren".

Hochleistung braucht Dissonanz: Zusammenführung von Notwendigkeit und Sinn im Kammerorchester Bremen

Erfolgreiches Management setzt „Kultur" ins Zentrum seines Konzepts. Diese bleibt nicht dem Zufall überlassen, sondern sie wird um wohl überlegte Werte und Normen herum entfaltet. Diese können durchaus Kontroversen und Auseinandersetzungen fördern, wenn sie denn in klare Entscheidungen überführt werden. Vorbildlich für ein handlungsorientiertes Management (auch) im Gesundheitswesen ist ein Werk über die Führung und Organisationskultur eines Kammerorchesters, das unter dem Titel „Hochleistung braucht Dissonanz" die Herausforderungen an die Kompetenz von Führungskräften anschaulich behandelt. Orchester und ihre Dirigenten sind mehr als nur Metaphern für das Zusammenfügen der Tätigkeit vieler einzelner Menschen und deren Orientierung auf arbeitsteilig und gemeinsam zu verfolgende Ziele. So beruht der Erfolg der Deutschen Kammerphilharmonie Bremen, die zur Weltspitze der Orchester zählt, auf einer strategischen Zusammenführung von Notwendigkeit und Sinn, wobei die entscheidende Bedeutung bewusst reflektierter Normen und Werte in den Mittelpunkt des Managementkonzepts gestellt wird. „Letztlich ist es die Organisationskultur, die das Verhalten der Mitglieder des Hochleistungsteams zur Hochleistung bringt." Diese „kulturelle Perspektive zielt auf das Normen und Wertesystem."

„Gute" und „schlechte" Ziele und Mittel: ihr moralischer „Impact"

Im Krankenhaus, wo sehr unterschiedliche Wertesysteme integriert werden müssen, ohne ihre Eigenständigkeit aufgeben zu können, ist diese Fähigkeit von besonderer Bedeutung. Hier stoßen die Kulturen der Heilberufe (Ärzte, Pflegende, Therapeuten) auf die Kulturen der Betriebswirtschaft und die der Träger, seien sie nun religiöser, sozialer oder profitwirtschaftlicher Natur.

Führungspersonen sind Menschen, die Entscheidungen treffen und verantworten und andere Menschen für die Erfüllung spezifischer Aufgaben

und Funktionen aussuchen, gewinnen und befähigen. Die Entscheidungen beziehen sich auf Ziele sowie auf die dafür geeigneten Mittel, Strategien und Ressourcen. Sowohl Ziele und Zwecke als auch die eingesetzten Mittel bedürfen einer moralischen Bewertung zum Zwecke der Rechtfertigung vor der Mitarbeiterschaft und der Öffentlichkeit. Viele Unternehmen aus verschiedensten Branchen stellen sich bewusst ihrer Unternehmensverantwortung, die unter dem Stichwort „Corporate Social Responsibility" (CSR, vgl. Glossar) nicht nur den moralischen Wert ihrer Produkte, ihres Gewinnstrebens und sogar ihrer Gewinne zur Darstellung bringen, sondern auch die Moralität der Art und Weise, wie die Produkte hergestellt und Gewinne erwirtschaftet werden.

Auch wenn lediglich die Erwirtschaftung von Profit angestrebt wird, bedarf dies einer moralischen Legitimation vor der Öffentlichkeit. So wurde der kapitalistische Eigennutz von Adam Smith als Motor des Gemeinwohls charakterisiert und noch heute muss sich der globalisierte Kapitalismus vor der Weltöffentlichkeit kontrolliert legitimieren. Legitimationen erfolgen diskursiv, d.h. durch Sprache die auf der Basis empirischer Daten mit guten Argumenten überzeugen will.

Die vom Management verfolgten Ziele, die genutzten Mittel und die bedienten Interessen werden in höchstem Maße positiv oder negativ moralisch bewertet. Deshalb können sie sowohl Gegenstand gemeinschaftlicher und solidarischer Aktionen als auch heftigster Konflikte, Kämpfe ja Kriege sein. Positive oder negative Motivation, die sich oft in Begeisterung oder Empörung äußert, entscheiden über Unterstützung oder Widerstand (und Sabotage).

Der bewusste Umgang mit den je spezifischen Normen- und Wertesystemen ist Teil der Ethik-Kompetenz.

Der moralische Charakter von Zielen und Interessen zeigt sich an der Unterscheidung von „guten" und „schlechten" Zielen und Mitteln, von akzeptablen und unakzeptablen Interessen, an Kriterien von Fairness, Wertschätzung und Erniedrigung. Das Ausmaß der Motivation von Führungskräften und Mitarbeitern ist erheblich von der moralischen Qualität bzw. Bewertung der Ziele und der zu ihrer Erreichung verfolgten Methoden/Konzepte abhängig.

Werte persönlich vertreten

Im Idealfall sind wir mit Zielen und Mitteln identifiziert. Wir sind davon überzeugt, dass die Ziele „gut und richtig" sind und dass die Mittel und Methoden, sie zu erreichen, „in Ordnung" sind. Dazu müssen beide erkannt, bestimmt und moralisch bewertet werden. Dies geschieht in der Regel in analytischen, kommunikativen und diskursiven Prozessen, in denen Argumente ausgetauscht und entwickelt werden. Zahlen, Daten und so genannte Fakten unterstützen die Argumente, ersetzen sie aber nicht. Die Art und Weise, wie Entscheidungen vorbereitet, gefällt, kommuniziert und umgesetzt werden, prägen wesentlich die Unternehmenskultur. Diese durch das Management zu gestalten, kann mit Fug und Recht als Spitzenherausforderung betrachtet werden.

„Führungskräfte" verkörpern die jeweiligen Ziele und Mittel in ihrer Person.

Managementkompetenz und Ethik-Kompetenz

Entscheidungsprozesse unterliegen ihrerseits Entscheidungen, nämlich darüber, wer am Prozess beteiligt wird, welche Themen gewählt oder ausgeschlossen werden, welche Expertise man zur Beratung zulässt, nach welchen Regeln die Entscheidung zustande kommt, welche Entscheidungskriterien zugelassen werden, was als Erfolgskriterium gelten soll und was nicht. Entscheidungsprozesse einschließlich der Entscheidungen über Entscheidungen gehören ins Aufgabenfeld des Managements. Da sie alle neben dem Sachaspekt einen moralischen Aspekt innehaben ist die Ethik-Kompetenz, die diesen systematisch reflektiert, für die Gestaltung einer guten Unternehmenskultur eine entscheidende Voraussetzung.

Das Erkennen und Bewerten moralischer Dimensionen von (nicht nur Unternehmens-)Zielen und Methoden ist bereits Ausdruck ethischer Kompetenz. *Ethik-Kompetenz* ist kein randständiges, schöngeistiges Blümchenwissen, sondern eine entscheidende, unverzichtbare argumentative „Waffenschmiede" für das Management.

Ethik-Kompetenz ist eine entscheidende, unverzichtbare argumentative „Waffenschmiede" für das Management.

In der Medizin, im Gesundheitswesen und auch in der „Gesundheitswirtschaft" sind es moralische Fragen, die die höchste Kompetenz aller Ent-

scheider herausfordern. Auf der Ebene der Patientenversorgung sind dies die Behandlungsziele, zum Beispiel zwischen Lebenserhalt und Palliation. Auf der Managementebene (Mesoebene) geht es um die Herstellung der Vereinbarkeit von guter Medizin und betriebswirtschaftlichen Zielen. Auf der Makroebene (Politik, Recht, Internationale Entwicklung und Verantwortung) geht es um Fragen der Gerechtigkeit, der Solidarität, der Verantwortlichkeit („Wer soll für die Gesundheit des Einzelnen und der Gesellschaft verantwortlich sein?").

Management ist weder ein Gegenstand noch eine Sache. Es ist ein „Tun und Handeln" von und mit Menschen, nach Zielen, auf der Basis von Interessen und unter der Wahl von Mitteln. Es lässt sich nicht auf „Technik" reduzieren, da es in hohem Maße kommunikativ vermittelte Praxis ist. Ziele, Interessen und Mittel des Managements haben immer auch eine moralische Qualität, d.h. sie werden bewertet nach gut und schlecht, verantwortlich und unverantwortlich, gerecht und ungerecht, fair und unfair usw. Die Reflexion dieser moralischen Dimension nennen wir *Ethik*. Ethische Kompetenz ist die entscheidende Managementkompetenz!

In einer berühmten Tübinger Buchhandlung hing unlängst ein Poster mit dem Satz: „Ihr lest keine Lyrik? Seid ihr wahnsinnig?!" Übertragen auf die Kompetenz des Managements heißt das: „Ihr nutzt die ‚Ethik' nicht! Seid Ihr wahnsinnig?!"

„Lancet- Kommission" und Careum-Stiftung (Zürich) fordern Neuausrichtung der Ausbildung in den Gesundheitsberufen

Die Lancet Kommission (und unterstützend die Schweizer Careum Stiftung) hat eine globale soziale Bewegung zur Neuausrichtung der Ausbildung in den Gesundheitsberufen, zu denen auch das Management im Gesundheitswesen und damit auch im Krankenhaus zählt gefordert. Bei der Lancet-Kommission handelt es sich um eine mit internationalen Experten besetzte Kommission unter Schirmherrschaft des weltweit führenden Fachjournals für Medizin. Die herkömmlichen Ausbildungskonzepte betrachtet die Kommission als nicht länger geeignet, um den wachsenden Herausforderungen gerecht zu werden.

Die neuen Gesundheitsberufe sollen das „Silodenken" zugunsten interprofessioneller Teambildung überwinden, über kritisches Urteilsvermögen verfügen, nach ethischen Gesichtspunkten handeln, Wissen umsetzen können, in lokal verantwortlichen und global vernetzte Teams arbeiten und an patienten- und bevölkerungsorientierten Gesundheitssystemen mitwirken.

Management sollte sich demnach nicht aus dem Fachgebiet der Betriebswirtschaftslehre allein definieren bzw. die Betriebswirtschaft sollte aus dem Zahlenghetto befreit werden und verstärkt ethische Kompetenz erwerben. Umgekehrt sollte auch die Ethik ihre akademischen Engführungen überwinden, sich in der gesellschaftlichen Praxis ansiedeln, sich mit sozialwissenschaftlicher

Empirie und Theorie befassen und sich stärker mit ökonomischen Themen und Konzepten verbinden.

1.6.2 Ethik: gesellschaftliche Institutionen, Strukturen und Praktiken

„Die Ethik" ist nicht nur eine Art des Denkens und Sprechens, sie ist auch ein Sammelbegriff für spezielle gesellschaftliche Institutionen und Praktiken. Sie gilt als eine *akademische Disziplin*.

Das ethische Denken und Sprechen hat sich seit der europäischen Antike als Teilgebiet der Philosophie und auch der Theologie an Akademien, Klöstern und Universitäten Institutionen geschaffen, die die Ethik pflegen, in Schriften niederlegen und weiterentwickeln.

Heute ist die Ethik eingebettet in internationale akademische Netzwerke mit weltweit zugängigen Datenbanken und Bibliotheken. Es gibt Ethik Institute als „Think Tanks" und Forschungszentren. „Ethik" kann studiert werden und die Berufsbezeichnung „Ethiker" ist möglich. Es gibt Fachgesellschaften auf nationaler und internationaler Ebene, es gibt Fachkongresse und spezielle Publikationsmedien. Damit ist „die Ethik" Teil des Wissenschaftsbetriebes.

Angesichts einer wachsenden Sensibilität gegenüber den Methoden, Risiken und Nebenwirkungen von Forschung im Allgemeinen und der Lebenswissenschaften im Besonderen sind Ethik-Einrichtungen zu Begleitern gesellschaftlich umstrittener Forschung und Technikentwicklung geworden.

Vielfach müssen Forschungsprojekte per Gesetz Ethik-Kommissionen zur Begutachtung vorgelegt werden. Dabei kommen international weitgehend allgemein anerkannte Ethik-Standards zur Anwendung, die wesentlich auf den Menschenrechten der Vereinten Nationen und der Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes basieren (s. Kap. 2).

Es gibt zunehmend „Ethik Institutionen" außerhalb der Hochschulen in verschiedensten Feldern des gesellschaftlichen Lebens. Ethik-Kommissionen und -Komitees prüfen und beraten, erarbeiten Leitlinien und liefern den Stoff für die Ausformulierung von Gesetzen.

In Deutschland gibt es einen *Nationalen Ethikrat*, der Präsident der USA hatte ein *Ethical Advisory Board*, Dänemark hat den *Danish Council of Ethics*, die UNESCO unterhält das *International Bioethics Committee* (IBC). Die konfessionellen Krankenhausverbände in Deutschland haben ihren Mitgliedskliniken die Einrichtung *Klinischer Ethik-Komitees* empfohlen.

Wenn seit Aristoteles Ethik als *Praktische Philosophie* bezeichnet wird, so erleben wir heute eine Differenzierung zwischen theoretischer oder Grundlagenethik und angewandter Ethik. Damit verändert sich auch der Charakter dessen, was sich *Ethik* nennt.

Aus wissenssoziologischer Sicht steht außer Frage, dass die klassische Universität als Institution mit ihren Strukturen und ihrem gesellschaftlichen Auftrag die Inhalte, Methoden und somit auch Ergebnisse ihrer Disziplinen wesentlich beeinflusst. So hat die *Medizinethik* erhebliche Vorteile durch ihre Etablierung an den medizinischen Fakultäten erlangt. Mit der Akademisierung der Pflegeberufe erhalten auch diese eine Chance, ihre berufsspezifischen Perspektiven und Problemstellungen in ethische Diskurse einzubringen. Beiden Disziplinen ist jedoch von vornherein die professionsspezifische Perspektive mitgegeben, so dass sie stets auch für berufspolitische Interessen genutzt werden. (s.a. Kap. 2)

1.7 Wie „Ethik" heute in Kliniken genutzt wird

Moderne Kliniken und Klinikunternehmen nutzen „Ethik" in unterschiedlicher Ausformung aus verschiedensten Anlässen und zu verschiedenen Zwecken. Ethik muss dabei vom ärztlichen und pflegerischen *Ethos* unterschieden werden, der als Haltung und Wertekanon des Helfens und Heilens mehr immanent vorhanden ist und sich oft erst bei Verletzungen der Grundsätze explizit bemerkbar macht.

Gleichwohl stützt sich die medizinische Ethik auf das traditionelle Ethos, denn die ethische „Reflexion der Moral" ist kein wertfreier Selbstzweck, sondern letztlich eingebettet in das Projekt einer humanen Praxis. Ethik in Medizin und Krankenhaus dient ja ausdrücklich der Klärung und Förderung dessen, was „gute Medizin" sein *soll*.

Ethik im heutigen Krankenhaus und Gesundheitswesen entspricht nicht den Standards der akademischen Philosophie oder Theologie. Oft handelt es sich um Versuche, durch Anleihen an diese geisteswissenschaftlichen Disziplinen konkrete Probleme praktisch besser in den Griff zu bekommen. Das betrifft Fragen der „richtigen" Therapieentscheidung, wenn es kein klares „richtig" gibt. Es betrifft Fragen der Forschung an Menschen und therapeutischer Versuche. Und es betrifft Fragen der Unternehmensziele, der Organisation, der Leistungen und Angebote sowie der Allokation knapper Mittel. Nicht alles was das Prädikat „ethisch" beansprucht muss diesem Anspruch auch gerecht sein, und oftmals wird „ethisch" gedacht, argumentiert und entschieden, ohne dass an „Ethik" gedacht wird. Unterscheiden muss man also auch zwischen bewusstem Einsatz ethischer Kompetenzen und Mittel und eher spontanem, intuitivem Vorge-

hen, wenn man moralische Phänomene mehr oder weniger aus dem Abstand betrachtet und gegeneinander abwägt.

1.7.1 Profilbildung – Marken und Unternehmensstrategie

Krankenhäuser im Wettbewerb müssen um Patienten und Mitarbeiter konkurrieren. Im Ansehen der Bevölkerung spielen die Qualität der Versorgung und die repräsentierten Werte eine wichtige Rolle. „Ethik“ kann dabei als Markenzeichen für die Profilbildung zentral sein. Dies gilt nicht nur für konfessionelle Krankenhäuser. Ethik als Element einer spezifischen „Marke“ bedeutet, dass die ethische Kompetenz von Mitarbeitern am Krankenbett und im Management verlässlich ist und dass das gesamte Unternehmen sein Werteprofil in sein Qualitätsversprechen integriert.

Bei der Entwicklung einer prägnanten Unternehmensstrategie und der Profilierung im Sinne von Unverwechselbarkeit geht es um die Festlegung von Zielen, die man für „gut“ und „spezifisch“ hält, es geht um Prioritäten, Rangfolgen der Wichtigkeit, die Einschätzung des Gewichts von Werten usw. Auch die Wahl der Mittel, um die gewünschten Ziele zu erreichen, kann Teil eines Markenprofils sein, beispielsweise im Sinne von Fairness oder Gerechtigkeit oder in Bezug auf die Mission des Trägers. Die Prozesse zur Bildung von Entscheidungen mögen dabei rationale und intuitive Zutaten haben, stets werden sie begleitet von Bewertungen moralischer Natur. Wie soll beispielsweise die Höhe einer angestrebten Rendite festgelegt werden? Wie sollen gewonnene Gewinne eingesetzt und verteilt werden? Wie sollen die Interessen der verschiedenen Interessengruppen („Stakeholder“) gegeneinander abgewogen werden? Sollen die Gewinnziele durch Steigerung der Fallzahlen erreicht werden? Wenn ja, wie darf dieses Ziel verfolgt werden und wie nicht?

In den meisten Fällen wird bei solchen Fragen noch keine explizit ethische Kompetenz eingebracht werden. Dies kann schon deshalb nicht sein, weil der Anteil der Führungskräfte in Management und Medizin mit einer Ethik-Ausbildung oder Fortbildung in Deutschland extrem gering ist. Dies beginnt sich aber zu verändern seitdem die Betriebswirtschaftslehre zunehmend die Bedeutung moralischer Phänomene und deren ethische Reflexion in Forschung und Lehre integriert. Konfessionelle Krankenhausträger haben jedoch ihre Nähe zur theologisch geprägten Ethik früher genutzt um sich gegenüber anderen Kliniken zu profilieren. Für sie ist die „Ethik-Marke“ schon länger ein Ziel.

Es sind also auch betriebswirtschaftliche und wettbewerbsspezifische Erfordernisse die „Ethik-Strukturen“ entstehen lassen und das Management beschäftigen. „Ethik“ wird zur Ausprägung spezifischer Unternehmens-

profile herangezogen, die als Markenzeichen die Besonderheit des Unternehmens betonen sollen. Ethik-Kodizes dienen als Ausdruck der Unternehmensidentität („Corporate Identity“) oder als Grundlage für Aktivitäten im Sinne von Unternehmensverantwortung („Corporate Social Responsibility, CSR). Im Marketing, der Öffentlichkeitsarbeit und speziell im Rahmen von Zertifizierungen sind Ethik- Kenntnisse und Kompetenzen von Vorteil. Schließlich sind Grundsätze von Fairness und Gerechtigkeit von großer Bedeutung bei Personal- und Allokationsentscheidungen sowie bei der Bewältigung von Konfliktsituationen (s. Abb. 2). Der Umgang mit Menschen verschiedener Kulturen, Sprachen und Religionen birgt darüber hinaus besonders sensible ethische Herausforderungen.

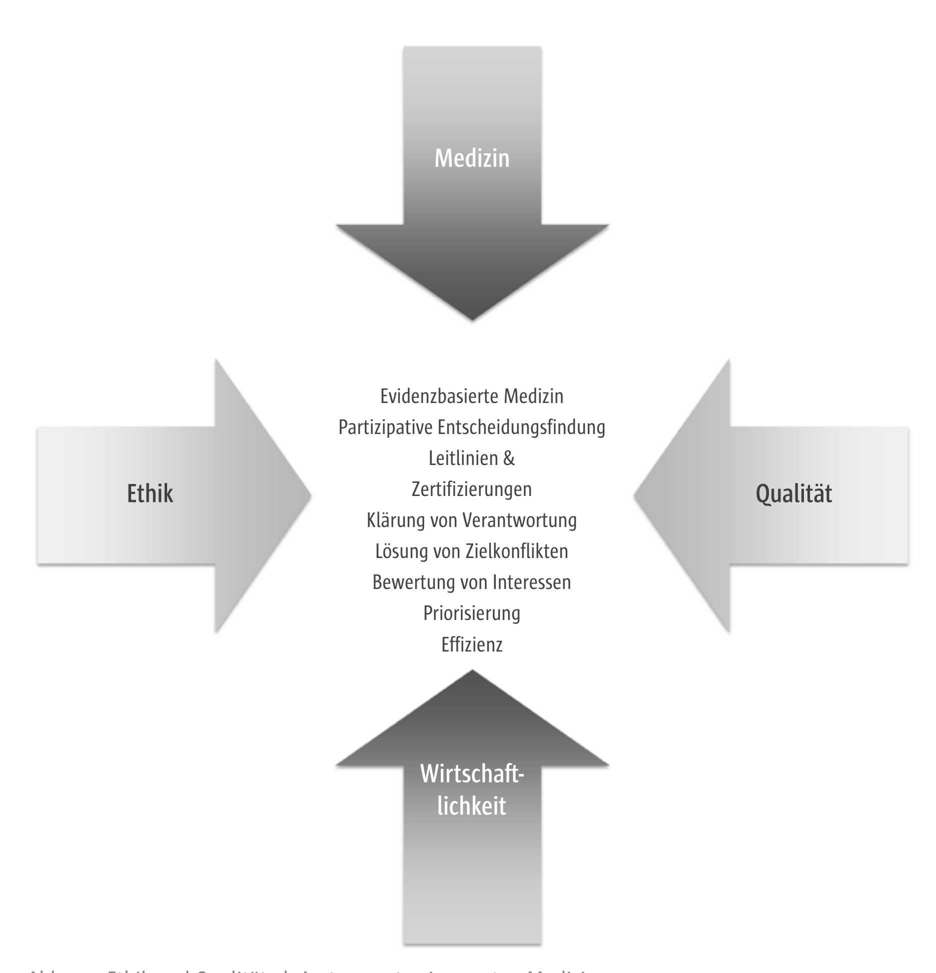


Abb. 2 Ethik und Qualität als Instrumente einer guten Medizin

> *Ethik als „Marke“ bedeutet, dass die ethische Kompetenz von Mitarbeitern am Krankenbett und im Management verlässlich ist und dass das gesamte Unternehmen sein Werteprofil in sein Qualitätsversprechen integriert.*

1.7.2 Klinische Ethik für bessere Entscheidungen und zur Stärkung der Teams

Es ist kein Zufall, dass es die beiden großen konfessionellen deutschen Krankenhausverbände waren, die 1997 ihren Kliniken die Einführung von „Klinischen Ethik-Komitees“ empfahlen. Diese wiederum nahmen Anleihen in den USA, wo die „Hospital Ethics Commission“ schon eine etablierte Institution war und wo es bereits akademische Ausbildungsstätten und Forschungseinrichtungen für „Bioethics“, „Medical Ethics“ und „Nursing Ethics“ gab (s. Kap. 7). Die Stellungnahme dieser Krankenhausverbände zielt zwar auf die ethische Beratung bei klinischen Entscheidungen ab, es wird aber auch ausdrücklich an die gesamte Kultur des Krankenhauses gedacht, die durch „Ethik“ gefördert werden soll.

Für Führungskräfte und nachgeordnete Mitarbeiter ist es von Vorteil, wenn gelernt wurde, moralische Phänomene zu erkennen, ihre Bedeutung für Motivation und Demotivation, Kooperation oder Konflikt in der Mitarbeiterschaft zu verstehen und ihre Rolle bei der Bildung oder Zerstörung von Vertrauen bei Patienten, Kunden und Mitarbeitern zu berücksichtigen. Wenn es gelingt, die sehr häufig moralisierten und konfliktträchtigen Phänomene „mit Abstand“ zu betrachten und die eigenen Wertmaßstäbe und Entscheidungskriterien reflektiert einzubringen, ist für die Bildung von Entscheidungen viel gewonnen. Dann kann auch von echter Führung gesprochen werden, weil es eher gelingt, zwischen kontroversen Positionen Wertschätzung und Kompromissbereitschaft und damit Zusammenarbeit herzustellen.

Ethical Grand Round

Im Klinikum der Georgetown University (Washington DC) ist die „Ethical Grand Round“ eine feste Institution. Hier treffen sich zu einer stets gleichen Zeit einmal pro Woche Klinikmitarbeiter um unter Ethik-Moderation Konflikte zu besprechen, die durch kontrovers bewertete Entscheidungen ausgelöst wurden. So kann beispielsweise die Frage, wie man mit einem klar geäußerten Patientenwillen umgeht, wenn dieser absolut nicht den Vorstellungen medizinischer oder pflegerischer Standards entspricht und für den Patienten den Tod bedeutet, die Mitarbeiterschaft spalten und zu ernsthaften Belastungen des Teams einschließlich seiner Zusammenarbeit führen. Indem sich die kontroversen Be-

wertungen unter Einschluss ihrer emotionalen Begleiterscheinungen aus neutraler Position darstellen können und unter Nutzung ethischer Theoriebildung kritisch gegeneinander abgewogen werden, wird die Kontroverse „zivilisiert". Für die aktuellen und künftigen Entscheidungen kann dies sehr hilfreich sein, für das persönliche Befinden der Entscheider und ihrer Widersacher kann es Erleichterung bringen, die „Kultur" der Teams gewinnt an Qualität.

In Deutschland haben mittlerweile einige Kliniken ähnlich gute Erfahrungen mit diesem Ethik-Modell gemacht, sowohl bei medizinischen Kontroversen als auch bei Konflikten organisatorischer Art. Viele Einrichtungen setzen jedoch in Unkenntnis der Unterschiede zwischen Ethik und Psychologie ausschließlich auf psychologische Moderation.

1.7.3 Ethik-Infrastrukturen für Krankenbett und Management

In Deutschland beginnen Aufbau und Anwendung von Ethik-Infrastrukturen durch neuartige Herausforderungen klinischer Entscheidungen, die auf Basis eines oft nur diffus formulierbaren ärztlichen Ethos allein nicht gefällt werden können. Hier liegen besonders komplexe oder neuartige Problemlagen vor, in denen nicht wirklich klar ist, worin denn das angestrebte Patientenwohl besteht. Im Vordergrund stehen hier besonders so genannte „end-of-life-decisions", also beispielsweise Fragen der Fortsetzung, Vorenthaltung oder Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen. Die Entwicklung der Intensivmedizin für Erwachsene Neugeborene und Kinder einerseits und die Stärkung von Patientenrechten auf Selbstbestimmung andererseits haben hier einen deutlichen Bedarf an klinischer Ethikberatung erzeugt.

Das Krankenhausmanagement scheint auf den ersten Blick nicht in derartige Entscheidungsprobleme involviert zu sein. Tatsächlich konnte in den ersten Jahren der klinischen Ethik-Komitees immer wieder beobachtet werden, dass sich nur einige Ärzte und Pflegekräfte, ggf. noch Klinikseelsorger angesprochen fühlten, an den Sitzungen teilzunehmen. Angehörige der Verwaltungs- und Managementfunktionen fühlten sich hingegen in der Regel gar nicht angesprochen. In einigen Häusern wollten die Chefärzte im Ethik-Komitee auch explizit unter sich bleiben und haben weitere Berufsgruppen aktiv ausgeschlossen.

Dennoch musste in der Regel der Impuls zur Integration von Ethik-Strukturen von den Vorständen kommen, seien sie nun ärztlicher, pflegerischer oder kaufmännischer Art. Die Leitungsebene muss das Klinische Ethik-Komitee *wollen*, muss es durch Beschluss etablieren, muss für die Freistellung der Teilnehmer, die Logistik und die Finanzierung sorgen. Für die laufende Arbeit der Komitees muss zudem die Verbindung zu den Lei-

tungsebenen gepflegt werden, weil diese nicht selten in die Lösung verhandelter Konflikte einbezogen werden muss.

Ein kluges Klinikmanagement wird Ethik-Strukturen und Kompetenzen aus mehreren weiteren Gründen fördern. Neben der Funktion der Beratung und Entscheidungsunterstützung bei medizinischen und pflegerischen Fragen kann eine Prävention von Konflikten zwischen Mitarbeitern, Abteilungen und Berufsgruppen für die Funktionsfähigkeit ganzer Bereiche der Kliniken von hoher Bedeutung sein. Konflikte beispielweise zwischen leitenden Ärzten können nicht nur Patienten gefährden, sie stören die Arbeitsprozesse, können das Ansehen des Hauses schädigen und die Gesundheit der Mitarbeiter beeinträchtigen. Das Management muss ein Interesse an einem gesunden Arbeitsklima im Hause haben.

Bedarf für ein Klinisches Ethik-Komitee?

In einer deutschen Universitätsklinik wurde bei einem Kleinkind eine anatomische Anomalität der großen Blutgefäße am Herzen diagnostiziert. Die Operation brachte keinen Erfolg. Das Kind lief blau an, sobald es selbständig atmen musste. Es wurden weitere Operationen durchgeführt. Das Kind war dadurch über sehr viele Monate Dauerpatient auf der Intensivstation. Eine weitere Operation wurde als „letzte Chance“ angesetzt. Als nach der Operation der Beatmungstubus entfernt wurde um zu prüfen, ob das Kind nun selbständig atmen kann, war das gesamte Behandlungsteam anwesend. Das Kind war bei Bewusstsein, da es ja atmen sollte. Die Atmung war erneut nicht ausreichend. Das Kind lief blau an und rang nach Luft. Einer der Ärzte wollte es erneut intubieren. Da hielten sich die Ärzte gegenseitig fest, um dem Impuls zur erneuten künstlichen Beatmung zu widerstehen. Denn nun hätte das Kind im weiteren Leben nur mit künstlicher Beatmung leben können. Das Kind erstickte vor ihren Augen. Die ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter, die die Szene erlebt hatten, waren dauerhaft traumatisiert. Als sie im Rahmen von Interviews befragt wurden, erzählten alle drei Ärzte und vier Pflegekräfte, dass für sie seitdem „eine dunkle Wolke“ über der Abteilung schweben würde. Der verantwortliche Oberarzt gab an, sich unmittelbar danach betrunken zu haben. Andere Mitarbeiter hatten gekündigt. Von Ärzten anderer Abteilungen kamen heftige Vorwürfe.

Wäre dieser Fall in einem klinischen Ethik-Komitee vorbereitet worden, so hätte man sich auf die entstandene Situation besser einstellen können. Wahrscheinlich hätte man sich für eine weitere Intubation und künstliche Beatmung entschieden. Das Kind wäre nicht qualvoll erstickt. Die Mitarbeiter wären nicht dauerhaft durch Schuldgefühle und Zweifel geschädigt. Klinische Ethik hätte hier auch eine psychohygienische Funktion erfüllt und vielleicht auch eine existenzielle Entlastung herbeigeführt.

Ein wichtiger Grund für die Einbeziehung auch des kaufmännischen Managements in klinische Ethik liegt darin, dass mittels ethischer Strukturen und Kompetenzen zwar komplexe Probleme beschrieben und analysiert werden können, dass die *Lösung* dieser Probleme aber keineswegs durch Philosophie und Theologie erfolgen muss und kann, sondern oft auch durch Änderungen in der Organisation. Verletzungen ethischer Grundsätze der Medizin und Pflege erfolgen häufig nicht, weil den Beteiligten diese Regeln nicht bekannt wären. Sie sind häufig durch Defizite der Organisation oder der Führung bedingt.

> Es waren aufsehenerregende, häufig auch bislang unbekannte Entscheidungszwänge, hervorgerufen durch neuartige Handlungs- und Behandlungsmöglichkeiten wie die Wiederbelebungspraxis in der Intensivmedizin oder die Transplantationen mit den Problematiken des Hirntods, der Organentnahme und Organverteilung, denen die Medizin- und Bioethik ihren Aufschwung in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts verdankt. Hinzu kamen echte oder vermeintliche Skandale um Arzneimittelversuche, Zwangsbehandlungen oder wagemutige medizinische Experimente. In Deutschland war es der Fall des „Erlanger Babys“, in dem erstmals Medizinethiker in das Blickfeld der medialen Öffentlichkeit gerieten. Hier ging es um die Begründung, warum der Körper einer nach einem Verkehrsunfall hirntoten schwangeren Frau bis zur Überlebensfähigkeit des Fötus künstlich vital gehalten wurde. Regionale Aufmerksamkeit entstand für ein Klinikum, das wegen eines vermeintlich allzu groben Umgangs mit randalierenden jugendlichen „Komatrinkern“ einem organisierten Sturm von Internet-Schmähungen ausgesetzt war. Ein anderes Klinikum musste sich legitimieren, warum ein Patient sich frei im Klinikum bewegen durfte, nachdem man ihn einige Tage vermisst und danach tot in einer stillgelegten Station aufgefunden hatte.

Oft sind es besondere Anlässe, in denen „Ethik“ auf den Plan gerufen wird. In solchen Fällen kann ein Klinikum ins Licht der breiten Öffentlichkeit geraten und muss zum Schutz seines Ansehens getroffene Entscheidungen moralisch legitimieren. Ein ethisch geschultes Management und eine funktionierende Ethik-Infrastruktur können dazu beitragen, die oft komplexen Hintergründe überzeugend darzustellen und gegenüber der Öffentlichkeit zu vermitteln. Auch hierfür sind also Ethik-Kompetenzen und Elemente einer Ethik-Infrastruktur hilfreich.

1.7.4 Die Ethik der Gesundheitsberufe als Vertrauensschutz

Jeder Führungskraft im Gesundheitswesen und speziell im Krankenhaus muss die jeweilige Kultur der verschiedenen Berufsgruppen bekannt sein.

Von zentraler Bedeutung ist dabei der **ethische Berufskodex** der Ärzte, der über Jahrtausende im Kern gleichgeblieben ist. Der Weltärztebund pflegt ethische Traditionen im Geiste des „Hippokratischen Eides“, aktualisiert im „Genfer Ärztegelöbnis“ oder der „Deklaration von Helsinki“ zur Regulation der medizinischen Forschung am Menschen. Auch der Weltverband der Pflegenden (International Council of Nurses) verfügt über einen Ethikcode, ebenso Berufsverbände der Psychologen. In der Praxis ist das Wissen um diese Ethik-Kodizes jedoch lange vernachlässigt worden, so dass vielfach Unkenntnis und Unsicherheit über die Verbindlichkeit besteht.

Die Bedeutung der berufsethischen Richtlinien oder „Prinzipien“ liegt nicht darin, dass hier ein elitäres Sonderrecht einer sozial privilegierten Berufsgruppe beansprucht wird, sondern sie liegt in erster Linie im Vertrauensschutz. Ethische Codes formulieren letztlich, was die Bevölkerung von der jeweiligen Profession an Tugenden und Werten erwartet, um sich vertrauensvoll an sie wenden zu können. Am Beispiel der ärztlichen Schweigepflicht ist dies leicht nachvollziehbar.

Die Ethik der Gesundheitsberufe dient dem Vertrauensschutz für Patienten und Bevölkerung.

Damit wird ein weiterer entscheidender Aspekt deutlich: Ethik dient der Qualitätssicherung und der Patientensicherheit, und zwar schon viele Jahrhunderte bevor diese Begriffe im modernen Gesundheitswesen erfunden wurden. Fatal ist nur, wenn aus Unkenntnis dieses Faktums die heutigen Praktiken des Qualitätsmanagements „die Ethik“ bestenfalls dem „Ethik- Komitee“ oder der „Ethik-Kommission“ überlassen, und umgekehrt viele dieser Komitees und Kommissionen sich nicht zuständig fühlen für die Organisation der Medizin im Rahmen konkreter Unternehmensstrukturen.

Wozu wenn nicht zur Sicherheit und zum Schutz des Patienten dienen die traditionellen medizinethischen Grundsätze? Deren oberstes Prinzip ist traditionell die Orientierung aller Medizin, aller ärztlichen Entscheidungen und Handlungen und damit auch der medizinischen Veranstaltung „Krankenhaus“ am „Wohl des Patienten“. Die „Patient im Mittelpunkt“-Parole des betriebswirtschaftlichen Managements wird hingegen von vielen Ärzten, Therapeuten und Pflegenden zynisch kommentiert, wenn ihnen die Einhaltung dieser Selbstverständlichkeit schwergemacht wird.

1.8 Ethik der Organisation

Wenn die Achtung medizinethischer Grundsätze für den Vertrauensvorschuss des Patienten gegenüber dem Arzt essenziell ist, dann muss auch das Krankenhaus denselben Vertrauensschutz garantieren. Das Management kann nicht anders als medizinethische Grundsätze auch in der Organisation zu verankern. Es erfüllt diese Aufgabe besser, wenn diese nicht nur diffus gespürt werden, sondern explizit klar und entsprechend verbindlich sind.

Medizinethik und Pflegeethik werden erweitert zur *Organisationsethik*, wenn Medizin und Pflege in hochorganisierten Institutionen und Unternehmen praktiziert werden. Da zweifellos die Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung, insbesondere die Finanzierungsordnung durch das Gesundheitssystem und die Trägerstrukturen (Eigentümer) auf die konkreten Prozesse der Patientenversorgung einwirken muss die *Organisationsverantwortung* der Führungskräfte bzw. des Managements einbezogen werden. Damit wird der Ethikdiskurs jedoch besonders brisant und kompliziert, weil zwei unterschiedliche Orientierungen aufeinanderstoßen, die sich nicht selbstverständlich ergänzen: Ärzte und Pflegende sind darauf gepolt, die Interessen ihrer Patienten zu vertreten, das Management repräsentiert das Unternehmensinteresse und indirekt auch Interessen der Bevölkerung an einem bezahlbaren Gesundheitssystem (weil es die politisch gesetzten finanziellen Rahmenbedingungen beachten muss). Aus all dem ergibt sich, dass Organisationsethik nicht an einzelne Sonderabteilungen delegiert wird. Sie muss zur kompetenten Grundmatrix aller Führungskräfte gehören.

Gleichwohl braucht „Ethik“ im Krankenhaus und in anderen Institutionen des Gesundheitswesens strukturelle Verankerungen. Mehrere deutsche Kliniken haben diese im Rahmen von „Ethik-Projekten“ entwickelt, die ihrerseits bereits vorhandene Modelle übernommen und weiterentwickelt haben.

1.9 Bedarf für ein Ethik-Management

Ethik ist eine zentrale Dimension der Qualität im Krankenhaus. Wenn der Anspruch nach bestmöglicher Qualität besteht, muss die Ethik der Organisation und der Patientenversorgung aktiv organisiert und verbessert werden.

„Ethik-Management" ist also mehr als eine in moralischer Hinsicht „saubere" Führungstätigkeit. Es umfasst Wissen, Kompetenzen und formelle wie informelle Strukturen. Es umfasst die Pflege der Unternehmenskultur und Aspekte der Kommunikation innerhalb des Klinikunternehmens und nach außen gegenüber der Öffentlichkeit und den Medien. In Zeiten rascher Veränderungen der Medizin, des Gesundheitssystems und der Ansprüche der Patienten und Bürger ist es ein wesentliches Element der Vertrauensbildung und auch der Profilierung im Wettbewerb, sowohl um Patienten als auch um Fachkräfte. In diesem Sinne darf die Ethik-Kompetenz des Managements und die Ethik-abhängige Unternehmenskultur nicht dem Zufall überlassen werden. Es bedarf reflektierter und gezielter Maßnahmen des Managements, um Ethik im Krankenhaus sinnstiftend und wertschaffend zu entwickeln und so zum nachhaltigen Erfolg der Organisation Krankenhaus beizutragen.

Weiterführende Literatur

Blickle G (Hrsg.) (1998) Ethik in Organisationen. Verlag für Angewandte Psychologie Göttingen

CAREUM-Stiftung (2011) Eine neue globale Initiative zur Reform der Ausbildung von Gesundheitsfachleuten. Zürich. URL: www.careum.ch/lancet-report (abgerufen am 19.04.2017)

Debatin JF, Ekkernkamp A, Schulte B, Tecklenburg A (Hrsg.) (2017) Krankenhausmanagement: Strategien, Konzepte, Methoden 3. Auflage. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin

Hellmann G (Hrsg.) (2015) Markenzeichen Ethik! Führung durch Ethik und Identität. medhochzwei Heidelberg/Neckar

Sinek S (2011) Start with Why: How Great Leaders Inspire Everyone to Take Action (Reprint). Portfolio London

Zitierte Literatur

Francis R (2013) Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry, QC. The Stationery Office London

2 Basiswissen Ethik

Was Manager, Ärzte und Pflegende über Ethik wissen sollten. Der Hippokratische Eid, die Heilberufe und das Management. Verschiedene ethische Positionen und Dokumente aus Medizin, Wissenschaft und Wirtschaft. Genfer-Gelöbnis, Deklaration von Helsinki und MBA-Oath.

2.1 Ethik-Kompetenz als Handwerkszeug des Krankenhausmanagers

Wer eine Einrichtung führt, deren gesellschaftlicher Auftrag die medizinische Versorgung von Menschen ist, muss wissen, worin die medizinische Versorgung besteht, nach welchen Regeln sie erbracht werden soll, was von ihr erwartet wird und welche Ziele die Medizin verfolgt. Darüber hinaus muss Wissen über die Entwicklungen der Medizin und die damit verbundenen Konflikte und Herausforderungen vorhanden sein, denn von der Atomphysik abgesehen erzeugt keine Wissenschaft durch ihren Fortschritt mehr ethische Kontroversen als die Medizin.

Für ein Krankenhausunternehmen ist es von großer Bedeutung, wie es sich zu den medizinischen Möglichkeiten verhält, welche davon den Patienten angeboten und welche den Mitarbeitern zugemutet werden. Beispiele sind die Praktiken des Schwangerschaftsabbruchs, der Reproduktionsmedizin, der Ex- und Transplantation oder der Sterbehilfe. Zu all diesen Möglichkeiten und Kontroversen müssen sich Kliniken heute posi-

tionieren. Zunehmend kommen auch medizinökonomische Aspekte hinzu, beispielsweise Budgetgerechtigkeit, Ressourcenknappheit, der Umgang mit nicht kostendeckenden oder Überschuss erbringenden Einzelleistungen sowie anderen Aspekten, die mit dem wirtschaftlichen Bestehen des Krankenhauses in Zusammenhang stehen.

Führungskräfte stehen in der ständigen Herausforderung zwischen Organisationsverantwortung und Qualität der Medizin ihre Handlungsfähigkeit zu erhalten. Ethik-Kompetenz ist hierfür essentiell.

In allen diesen Fällen sind ethische und berufsrechtliche Grundsätze an die Ärzte und Pflegenden in je konkreten Situationen und Fällen anzuwenden. Nicht selten kommt es dabei zu Konflikten zwischen diesen Grundsätzen oder zwischen den medizinischen und betriebswirtschaftlichen Zielen, so dass neben Ethik-Wissen auch Ethik-Kompetenz erforderlich ist. Diese ist auf den Erhalt der Entscheidungsfähigkeit in Situationen des Dilemmas geschult.

Das „Dilemma" stellt eine geradezu klassische Herausforderung für die Ethik dar. Die Entscheidenden befinden sich in der „Zwickmühle". Wenn sie zwischen zwei Lösungen zu entscheiden („ent-scheiden" = eine Scheidung aufheben) haben, die beide nicht zu dem gewünschten Ziel führen, kommen sie nicht umhin, mit ihrer Entscheidung *auch* etwas falsch zu machen. Es muss dann die Verantwortung auch für die negativen Folgen der Entscheidung übernommen werden. Keine Entscheidung zu treffen kann jedoch weitaus schädlicher sein. Eine klare Reflexion der Entscheidungskriterien und ein Bewusstmachen der Situation des Dilemmas tragen zur Erhaltung der *Handlungsfähigkeit* bei.

Führungskräfte in Krankenhäusern stehen in der Verantwortung für das ganze Unternehmen, für dessen Funktionen und Zukunftssicherung sie zu sorgen haben. Gleichzeitig wird von ihnen erwartet, dass sie in der Organisation des Hauses den medizinischen Ansprüchen ihrer Kunden, in erster Linie ihrer Patienten, gerecht werden. Sie müssen folglich sowohl die Bedürfnisse der individuellen Patienten als auch der Institution als Ganzes und darüber hinaus der Gesellschaft beachten. Die Orientierung an der klassischen Medizinethik allein reicht in diesem Spagat nicht aus, denn deren Hauptachse ist die Beziehung des Arztes zu seinem Patienten. Auf der anderen Seite bietet auch die Wirtschaftsethik keine ausreichende Orientierung, da ihr Thema die Verantwortlichkeiten der Institution bzw. des Unternehmens ist.

Deontologie und Utilitarismus

Da die Spannung zwischen Individual- und Institutionenethik nicht grundsätzlich aufhebbar ist, kommt es auf die Fähigkeit der Kompromissbildung für jede Entscheidung an. Während die Medizin- und die Pflegeethik eher allgemeine Leitprinzipien (z.B. Wohl des Patienten; Autonomie; Schweigepflicht) formulieren, neigt die Organisationsethik zu einer Bevorzugung des Nutzens bzw. der Folgen einer Handlung.

Deontologie und Utilitarismus in Politik und Rechtsprechung

Ein Zug rast auf eine Brücke zu auf deren Gleisen sich ohne Ausweichmöglichkeiten fünf Menschen befinden. Sie haben die Möglichkeit eine Weiche umzulegen, mit der der Zug auf ein Nachbargleis gelenkt wird, auf dem sich – ebenfalls ohne Ausweichmöglichkeiten – ein Mensch befindet. Wie entscheiden Sie sich?

Dieses bekannte Beispiel wird häufig dafür genutzt, um die unterschiedlichen Konzepte der Deontologie und des Utilitarismus gegenüber zu stellen.

Aus Sicht der Deontologie (Pflichtenethik) gibt es Handlungen, die intrinsisch gut oder schlecht sind. Es gibt dementsprechend Pflichten (oder Handlungsmaximen), die auf Grundwerten beruhen. Einen Menschen durch eine Handlung zu töten ist schlecht, jeder Mensch ist um seiner selbst willen zu würdigen und nicht als Zweck zu entfremden. In diesem Sinne wäre eine mögliche deontologische Argumentation, dass dem einzelnen Menschen auf dem Nachbargleis die Würde nicht abgesprochen werden darf, indem wir die Weiche umlegen und ihn opfern. Entsprechend würde der Deontologe die Weiche unverändert lassen und den Tod der fünf Menschen in Kauf nehmen müssen.

Aus Sicht des Utilitarismus würden die Konsequenzen der Handlungen und auch des Unterlassens einer Handlung verglichen werden. In diesem Sinne würde der Tod von fünf Menschen schwerer gewertet werden, als der Tod des einen Menschen auf dem Nachbargleis und die Weiche müsste umgelegt werden.

Die Deontologie wurde maßgeblich von Immanuel Kant (1724–1804) entwickelt und baut auf dem kategorische Imperativ auf: „Handle nur nach der Maxime, von der du zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde." Die deontologische Position findet sich auch heute noch sehr tief verankert in der deutschen Rechtsprechung und Politik wieder. Ein Beispiel hierfür ist das Verbot des Bundesverfassungsgerichtes Flugzeuge mit zivilen Insassen abzuschießen, die von Terroristen auf Menschenmassen gelenkt werden. Im entsprechenden Urteil wird der kategorische Imperativ fast wörtlich zitiert. Ein weiteres täglich präsentes Beispiel ist die Maßgabe der deutschen Gesundheitspolitik, dass eine Rationierung oder Priorisierung nicht erlaubt ist und jeder Versicherte die beste Medizin erhält.

Der Utilitarismus wurde in England unter anderem von Jeremy Bentham (1748–1832) und John Stuart Mill (1806–1873) entwickelt und ist auch als „Maximum

Happiness Principle" bekannt. Einer der bekanntesten zeitgenössischen Utilitaristen ist der Australier Peter Singer (*1946), der sehr akribisch die weitreichenden Konsequenzen möglicher Konfliktentscheidungen gegeneinander abwägt und hieraus beispielsweise Positionen zum Vegetarismus und zur Entwicklungshilfe ableitet. Das utilitaristische Prinzip ist wiederum tief in der Rechtsprechung und Politik angelsächsischer Staaten verankert. So ist beispielsweise in den USA der Abschuss eines terroristisch gekaperten Flugzeuges mit Zivilinsassen erlaubt, wenn anzunehmen ist, dass dieses in Menschenmengen gelenkt werden soll. Passend hierzu ist auch die britische Gesundheitspolitik diametral zum deutschen System ausgerichtet: ganz im Sinne des Utilitarismus spielen Opportunitätskosten und die Kosteneffizienz von Leistungen eine zentrale Rolle und eine explizite Rationierung bzw. Priorisierung von Gesundheitsleistungen wird unter Bezugnahme auf den jeweiligen Nutzen vorgenommen (Kosten pro gewonnenem qualitätsadjustierten Lebensjahr).

In Kontroversen um zu verfolgende Ziele oder einzusetzende Mittel und Strategien stehen sich häufig zwei unterschiedliche Positionen gegenüber. Auf der einen Seite werden moralisch Grundsätze oder Pflichten hochgehalten, wie beispielsweise die Pflicht zur Wahrung der Menschenwürde. Auf der anderen Seite geht es eher um die Folgen einer Handlung, wobei die Handlung zu bevorzugen ist, die in der Summe positivere Auswirkungen hat. Beide Positionen sind in der akademischen Ethik ausgearbeitet, nämlich als „Deontologie" (Pflichtenethik) und „Utilitarismus" (Nutzenethik). Jeder Mensch hat in Diskussionen über Handlungsentscheidungen schon – reflektiert oder unbewusst – mal die eine, mal die andere Position vertreten. Nicht selten kämpfen in einer konkreten Entscheidungssituation beide Positionen sogar in *einer* Person. Dabei wird immer wieder deutlich, dass beide Positionen gute Gründe für sich beanspruchen können. Je nach Situation erscheinen uns die grundsätzlichen moralischen Werte *oder* die Konsequenzen der Handlungen wichtiger. Eine eindeutige Unterscheidung zwischen *richtig* und *falsch* ist somit häufig schwierig oder unmöglich.

Utilitarismus und Deontologie im Alltag des Krankenhausmanagers

Ein Patient mit einer seltenen Erkrankung benötigt ein sehr teures Medikament, das ihm helfen würde noch einige Wochen länger zu leben. Das Krankenhaus verfügt aber nur über ein begrenztes Budget. Man könnte für die Kosten des Medikamentes stattdessen auch zwei zusätzliche Pflegekräfte einstellen, die im Bereich der Neonatologie aller Wahrscheinlichkeit Qualität und Outcome der Patienten deutlich verbessern würden. Wie entscheiden Sie sich?

Hier handelt es sich um ein echtes Dilemma das eigentlich durch die Gesundheitspolitik gelöst werden müsste, da es durch den Krankenhausmanager nicht

befriedigend gelöst werden *kann*. Eine ethisch vertretbare Lösung ist aus deontologischer Sicht bei faktischer Ressourcenbegrenzung nicht möglich. Die utilitaristische Lösung nach dem größeren Nutzen zu gehen, erhält hier zwar die Handlungsfähigkeit, ist aber schwer durch eine Einzelperson zu entscheiden. Im konkreten Fall sollte das Problem öffentlich gemacht werden um so eine gesellschaftlich getragene Lösung zu ermöglichen. Die Politik hat sich aber für die deontologische Lösung entschieden, d.h. hier müsste das Medikament gegeben werden UND die Pflegekräfte müssten eingestellt werden. In der Praxis ist dies jedoch häufig nicht umsetzbar. Es resultiert eine Verwaltung von Mängeln und Ressourcenknappheit, die auf individueller Ebene nur unbefriedigend bewältigt werden kann.

„Entscheidern" kann das Wissen um die genannten ethischen Theorien sehr hilfreich sein, wenn sie mit streitbaren Auseinandersetzungen konfrontiert sind oder selbst Partei in solchen Konflikten sind. Ethik-Kompetenz kann hier sowohl dabei helfen eine eigene, klare Argumentationslinie aufzubauen, als auch erfolgreich zwischen streitenden Parteien zu vermitteln. In diesem Sinne ist Ethik-Wissen eine essentielle Kompetenz um Führungskraft zu entfalten.

Diskursethik

Führungskräfte erleben in ihrer Brust nicht selten den Konflikt zwischen verschiedenen ethischen Positionen und auch wirtschaftlichen Zielen. In solchen Fällen kann eine „Diskursethik" hilfreich sein. Die zeitlich jüngere „Diskursethik", die u.a. von Habermas und Apel geprägt wurde, betont angesichts der Unmöglichkeit einer definitiven „Wahrheit" die Regeln des Argumentierens. Als eine intersubjektive Verfahrensethik bemüht sie sich um Kompromissbildungen in (möglichst) herrschaftsfreien Diskursen. Dieses Konzept des herrschaftsfreien Diskurses wird in der klinischen Ethik-Kommission zum Prinzip. Im Prozess der Meinungsbildung und Entscheidungsfindung haben alle Beteiligten das gleiche Recht zu sprechen und gehört zu werden. Im Bereich des Managements (der Organisationsethik) ist es ebenfalls zu empfehlen.

Diskursethik geht von einer grundlegenden Angewiesenheit auf Kompromisse aus und lenkt die Aufmerksamkeit auf die Regeln solcher Aushandlungsprozesse. Wer soll an den Entscheidungsprozessen beteiligt werden? Wie kann ein sachdienlicher, „herrschaftsfreier" Diskurs hergestellt werden? Welche Kriterien sollen für die Entscheidungen herangezogen werden? Habermas führt dazu aus: „In der Diskursethik tritt an die Stelle des Kategorischen Imperativs das Verfahren der moralischen Argumentation. Sie stellt den Grundsatz ‚D' auf, dass nur diejenigen Normen Geltung beanspruchen dürfen, die die Zustimmung aller Betroffenen als Teilnehmer eines praktischen Diskurses finden können. (...) In Argumentationen müssen die Teilnehmer davon ausgehen, dass im Prinzip alle Betroffenen als Freie und Gleiche an einer kooperativen

Wahrheitssuche teilnehmen, bei der einzig der Zwang des besseren Arguments zum Zuge kommen darf." (Habermas 1992) Habermas betont, dass die Moral die Rechte des Individuums nicht schützen kann ohne gleichzeitig das Wohl der Gemeinschaft, der das Individuum angehört zu schützen. Im Krankenhaus gilt es gleichermaßen den Bedürfnissen des einzelnen Patienten gerecht zu werden und zugleich den Erhalt des Klinikums (und des Gesundheitssystems) zu gewährleisten.

Ethik trägt bei zur Kunst des Entscheidens in schwierigen, oft widersprüchlichen Situationen. Hier werden grundsätzliche Werte bzw. Pflichten formuliert, die unbedingt einzuhalten sind. Sie können der Pflichtenethik (Deontologie) zugeordnet werden. Anstelle der Argumentation mit moralischen Werten kann ebenso vom zu erwartenden Nutzen einer Entscheidung ausgegangen werden. Dem entspricht die Ethik des Utilitarismus. Die Diskursethik betont die Regeln und Wege der Entscheidungsfindung sowie die Notwendigkeit von Kommunikation und Kompromissen.

2.2 Medizinethische Dokumente

Medizinethische Dokumente und betriebswirtschaftliche Führungskräfte

Eine Sonderstellung unter den Führungskräften im Krankenhaus kommt traditionell den Chefärzten zu. Der Chefarzt muss als Arzt primär dem Wohl seiner Patienten dienen. Aber auch die ihm untergeordneten Ärzte und die heutzutage meist in einer separaten Linie geführte Pflege mit den Pflegeführungskräften und weitere Berufsgruppen haben diesen originären Auftrag. Sofern ökonomische oder betriebswirtschaftliche Aspekte dabei berücksichtigt werden müssen sind diese in Bezug auf ihre medizinethische Legitimität zu prüfen. Da die für die Medizin zur Verfügung stehenden materiellen und personellen Ressourcen jedoch von Entscheidungen der Prokuristen abhängen, wird die Qualität der faktischen Versorgung von den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen und den Aushandlungsprozessen zwischen Medizin und Management beeinflusst. Beide Seiten sind im Interesse einer echten Patientenorientierung gezwungen, unter Bedingungen grundsätzlich gegebener Knappheit der Mittel die ethischen und rechtlichen Anforderungen an das Krankenhaus und seine Versorgungsleistungen zu erfüllen. Aus diesem Grund ist es für den Krankenhausmanager unerlässlich, die nationalen und internationalen ethischen Grundpositionen der Medizin und der Pflegeberufe zu kennen.

Ärzte unterliegen der Ärztlichen Berufsordnung. Dieser ist das Genfer Ärztegelöbnis des Weltärztebundes vorangestellt, das eine zeitgemäße

Version des Hippokratischen Eids darstellt. Für wissenschaftlich tätige Ärzte gelten zudem forschungsethische Grundsätze, die in der jeweils aktuellsten Version der Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes strikte Einhaltung fordert. Eine Art Kurzversion medizinischer Ethik stellen die *Principles of Biomedical Ethics* dar, die heute international verbreitet und weitgehend akzeptiert, aber auch teilweise umstritten sind. Die Pflegeberufe verfügen über einen eigenen Ethik-Kodex des International Council of Nurses, der die Fürsorge („Caring“) in den Mittelpunkt stellt, ansonsten aber dem hippokratischen Modell ähnelt. Spezielle Trägerorganisationen wie das Internationale Rote Kreuz und Berufsverbände wie beispielsweise der Psychologen verfügen über eigene Ethikrichtlinien.

In der alltäglichen Versorgungspraxis sind die genannten Dokumente eher dem „Geiste“ nach bekannt, nicht jedoch in ihrer konkreten Ausgestaltung. Selbst an Universitätskliniken sind Kenntnisse über die Forschungsethik nur bedingt vorhanden. Ärzte kennen keineswegs selbstverständlich den Hippokratischen Eid. Positionen der Pflegeethik werden oft zynisch kommentiert, weil sie nach dem Empfinden vieler Schwestern und Pfleger weit von der Wirklichkeit entfernt sind. Im kaufmännischen Management sind konkrete Kenntnisse medizinethischer Grundsätze aller Erfahrung nach noch seltener anzutreffen. Oft fehlt ein Bewusstsein vom Nutzen solcher Kenntnisse für die Steuerung medizinisch-pflegerischer Prozesse.

Ethik-Kodizes formulieren die Inhalte des medizinischen Ethos in Gestalt von Deklarationen. Sie beinhalten Grundsätze ärztlichen Handelns, Verhaltens und Entscheidens. Sie erleichtern die ethische Reflexion medizinischer Entscheidungen und den ethischen Diskurs über Ziele der Medizin und deren Legitimität. Sie geben Hilfen in den immer häufiger auftretenden Situationen in Praxis, Klinik und Forschung, in denen das Ethos des Helfens und Heilens nicht mehr genügt. Sie sind jedoch überwiegend auf das Handeln und Entscheiden von Personen bezogen, nur selten richten sie sich an Institutionen, Organisationen oder Unternehmen. Das Austragen expliziter ethischer Auseinandersetzungen verlangt mehr als Ethos und Grundsätze, baut aber auf diesen auf.

2.3 Der Hippokratische Eid

Wer den kurzen Text in der Übersetzung seiner je eigenen Landessprache liest muss Wohlwollen und Geduld aufbringen, um dieses mehr als zweitausend Jahre alte Dokument in seiner Bedeutung für die moderne Medizin und das Gesundheitswesen zu verstehen. Es enthält nur wenige Grundforderungen an den Arzt, an sein Verhalten, seine Tugenden und

wirkt auf den ersten Blick banal. Er beginnt mit der Anrufung von antiken griechischen Göttern, deren Namen wir heute von Apotheken, Medikamenten und Krankenhausunternehmen kennen. Er ist ausschließlich auf Ärzte und ihre Söhne ausgerichtet und kennt weder Ärztinnen noch Töchter. Schließlich beginnt er mit einem Appell an die Schüler der Medizin, ihre Lehrer zu achten und sich als deren Sozialversicherung zu verhalten. Dies alles ist heute befremdlich, aber die Zeiten liegen noch nicht lange zurück, in denen Frauen keinen Zugang zum Arztberuf hatten, in denen Ärzte sich untereinander ohne Rechnung medizinisch versorgten und in denen Assistenz- und Oberärzte den Chef um Erlaubnis für ihre Heirat fragen mussten.

Der Hippokratische Eid

Ich schwöre bei Appollon dem Arzt und Asklepios und Hygieia und Panakeia und allen Göttern und Göttinnen, indem ich sie zu Zeugen rufe, daß ich nach meinem Vermögen und Urteil diesen Eid und diese Vereinbarung erfüllen werde:

Den, der mich diese Kunst gelehrt hat, gleichzuachten meinen Eltern und ihm an dem Lebensunterhalt Gemeinschaft zu geben und ihn Anteil nehmen zu lassen an dem Lebensnotwendigen, wenn er dessen bedarf, und das Geschlecht, das von ihm stammt, meinen männlichen Geschwistern gleichzustellen und sie diese Kunst zu lehren, wenn es ihr Wunsch ist, sie zu erlernen ohne Entgelt und Vereinbarung und an Rat und Vortrag und jeder sonstigen Belehrung teilnehmen zu lassen meine und meines Lehrers Söhne sowie diejenigen Schüler, die durch Vereinbarung gebunden und vereidigt sind nach ärztlichem Brauch, jedoch keinen anderen.

Die Verordnungen werde ich treffen zum Nutzen der Kranken nach meinem Vermögen und Urteil, mich davon fernhalten, Verordnungen zu treffen zu verderblichem Schaden und Unrecht. Ich werde niemandem, auch auf eine Bitte nicht, ein tödlich wirkendes Gift geben und auch keinen Rat dazu erteilen; gleicherweise werde ich keiner Frau ein fruchtabtreibens Zäpfchen geben: Heilig und fromm werde ich mein Leben bewahren und meine Kunst.

Ich werde niemals Kranke schneiden, die an Blasenstein leiden, sondern dies den Männern überlassen, die dies Gewerbe versehen.

In welches Haus immer ich eintrete, eintreten werde ich zum Nutzen des Kranken, frei von jedem willkürlichen Unrecht und jeder Schädigung und den Werken der Lust an den Leibern von Frauen und Männern, Freien und Sklaven.

Was immer ich sehe und höre, bei der Behandlung oder außerhalb der Behandlung, im Leben der Menschen, so werde ich von dem, was niemals nach draußen ausgeplaudert werden soll, schweigen, indem ich alles Derartige als solches betrachte, das nicht ausgesprochen werden darf.

> Wenn ich nun diesen Eid erfülle und nicht breche, so möge mir im Leben und in der Kunst Erfolg beschieden sein, dazu Ruhm unter allen Menschen für alle Zeit; wenn ich ihn übertrete und meineidig werde, dessen Gegenteil.

Viele Menschen glauben, dass Ärzte diesen „Eid“ tatsächlich schwören. Dem ist nicht so. Schon aus rechtlichen Gründen darf kein junger Arzt gezwungen oder genötigt werden, den Hippokratischen Eid zu schwören. Die moderne Variante, das Genfer Ärztegelöbnis, wird an einigen medizinischen Fakultäten von den Absolventen als Gelöbnis gesprochen, trotzdem ist der Text den meisten Ärzten nicht geläufig.

Ehrfurcht vor dem Text entsteht, weil er seit weit über zweitausend Jahren die Geschichte der Ärzte und ihrer Profession begleitet, allerdings auch mit wechselhafter Bedeutung. Auch andere antike Hochkulturen haben ähnliche Grundsätze für ihre Ärzte formuliert und kodifiziert. Daraus wird erkennbar, dass es offenbar ein universelles Verhältnis zwischen dem Kranken und seinem Arzt gibt, das einem ärztlichen Ethik-Code Notwendigkeit und Sinn verleiht. Diese Besonderheit besteht zum einen in der Schutzlosigkeit des Kranken gegenüber seinem Helfer, dem er sich im wörtlichen Sinne anvertrauen muss. Zum anderen besteht sie in der potenziellen Gefährlichkeit der Medizin. Der Kranke, der den Arzt aufsucht und damit zum Patienten wird, muss dem Arzt vertrauen können, wenn er ihm seinen geschwächten Körper offenbart und den Arzt Einblick nehmen lässt in sein Leben, seine Lebensgeschichte und seine Geheimisse. Der Kranke muss sich sicher sein können, dass er sorgfältig und gewissenhaft behandelt, zugleich nicht getötet, beraubt oder sexuell missbraucht wird. Er muss sich sicher sein, dass er buchstäblich „in guten Händen“ ist. Der Arzt muss seinerseits wissen, dass er sein Ansehen und seine Berufszugehörigkeit aufs Spiel setzt, wenn er die Moralgrundsätze seiner Profession verletzt.

Der Hippokratische Eid als Qualitätsmanagement-Dokument

Der Hippokratische Eid ist demnach *das entscheidende Fundament* der medizinischen Qualitätssicherung, im moralischen wie im technischen Sinne verstanden. Er formuliert die Verhaltensregeln, die Kranke, Bürger und Gesellschaft vom Arzt verlangen können. Ohne diese ist der Patient nicht geschützt. Ohne geschütztes Vertrauen kann umgekehrt auch der Arzt keine gute Medizin machen und dem Patienten nicht die mögliche Hilfe geben. Mag der „Eid“ zwar immer wieder auch für elitäre Exklusivität der Ärzteschaft missbraucht worden sein, so ist er doch in erster Linie eine Garantieerklärung der Ärzte gegenüber einer Gemeinschaft, die *zu allererst*

moralisches Handeln vom Arzt verlangt. Dieses geht stets dem sorgfältigen Gebrauch von Technik, Wort und Medikament (Diät) voraus.

„Ärztliche Verordnungen werde ich treffen zum Nutzen der Kranken nach meiner Fähigkeit und meinem Urteil, hüten aber werde ich mich davor, sie zum Schaden und in unrechter Weise auszuführen." Hier sind die beiden komplementären Grundpfeiler zur Orientierung und Bewertung ärztlichen Handelns benannt: jede medizinische Entscheidung und Handlung soll sich legitimieren mit Blick auf den Nutzen für den Kranken (heute Patientenwohl) und die Vermeidung von Schaden.

Für einen antiken, „hippokratischen Arzt" müssten die heute von Management und Politik erhobenen gängigen Forderungen nach „Patientenorientierung" und „Patientensicherheit" irritiertes Erstaunen hervorrufen, wenn sie als Neuigkeit vorgetragen werden, weil diese Orientierung und Ziele doch seit jeher als Maßstab angelegt werden. Beide Positionen sind zweifellos grundlegend, nur die Neuerfindung im Kontext des Managements zielt eher auf Steuerung und Kontrolle der Medizin und Ärzte *von außen*, während die im ärztlichen Ethos verankerte „Patientenorientierung" als *inneres* Verfahren dabei oft übersehen wird. Diese ist in den Grundregeln medizinischer Arbeit integriert und nicht gesondert erwähnt. Sie wird gewährleistet durch das erkundende Gespräch zwischen Arzt und Patient, das als Anamnese bekannt ist. Diese wird ergänzt durch die körperliche Untersuchung und die Auswertung individueller Befunde. Die Kontrolle der „Patientenorientierung" erfolgt in den Visiten, die von Patient zu Patient geht und mehre Stufen der medizinischen Aufsicht, Beratung und Belehrung bezogen auf jeden Patienten umfasst. Sie endet in der Entlassungsuntersuchung und dem begleitenden Gespräch. Diese traditionelle „hippokratische" Patientenorientierung beruht auf den direkten Kontakt zwischen den am Behandlungsprozess beteiligten Menschen. Sie sollte vom Management beachtet und geschützt werden.

Für eine fruchtbare Zusammenarbeit zwischen den direkt mit Patienten arbeitenden Berufen und dem Management wäre es wichtig, Sinn und Wert *beider* „Qualitätsorientierungen" zu respektieren und aufeinander abzustimmen. Dazu hilft den Führungskräften die Kenntnis des „Eides". Konkrete Beobachtung und Erfahrung wären idealerweise mit statistischen Daten zu vermitteln, nicht aber durch eine Dominanz von „Zahlen und Daten" abzuwerten. Vermieden werden sollten nachhaltige Störungen der ärztlichen Qualitätssicherung auf der Mikroebene durch Kontrolle und Steuerung von außen, wenn diese ohne Dialog und ohne Berücksichtigung der konkreten Verhältnisse vor Ort erfolgen.

Die Kernaussagen des Hippokratischen Eids

Die entscheidenden Kernaussagen des Hippokratischen Eids machen also die Orientierung am Wohl des Kranken und umgekehrt die Vermeidung von Schaden zu einem komplementären obersten Gebot. Weitere Forderungen ergeben sich daraus von selbst.

Der Hippokratische Eid verlangt vom Arzt einen strengen Lebensschutz (Tötungsverbot), die Wahrung des Patientengeheimnisses („Verschwiegenheit") und das Absehen von jeglicher „Übeltat, besonders von jedem geschlechtlichen Missbrauch." Die im ersten Abschnitt des Eides geforderte Ehrung der eigenen Lehrer kann mit anderen Worten auch als höchste Wertschätzung des medizinischen Wissens verstanden werden, das als gesammelter Erfahrungsschatz sorgfältig gehütet und weitergegeben werden soll. Die Pflege und Entwicklung des medizinischen Wissens wird heute als lebenslange Pflicht zur ärztlichen Fortbildung angesehen. Auch dieses Gebot soll letztlich dem Patienten dienen, denn dieser soll nach dem stets neuesten und besten verfügbaren Wissen behandelt werden.

All diese Forderungen sind auf den ersten Blick selbstverständlich, sie sind es jedoch nicht mit Blick auf die Realitäten des täglichen Lebens und der menschlichen Natur. Tötungen von Patienten kommen vor, in den meisten Fällen auf Wunsch dieser Patienten, aber nicht immer. Tötungen von Patienten gab es auf staatliche Anordnung. Bürgerverbände fordern in vielen Ländern das Recht auf ärztlich assistierten Suizid oder direkte Tötung durch den Arzt. Nicht auszuschließen ist, dass eines Tages das „Geschäftsmodell" eines „Medizinanbieters" solche Tötungen mit Berufung auf den freien Willen des autonomen Patienten oder Kunden in sein Portfolio aufnimmt. Sexuelle Handlungen von Klinikpersonal an Patienten kommen immer wieder vor. Die Grenze zwischen Erlaubtem und Unerlaubtem ist nicht immer leicht zu ziehen, wie die vielen in Psychotherapiesitzungen angebahnten Liebensbeziehungen zeigen.

Die Verschwiegenheit des Arztes ist von großer Bedeutung sowohl für das Privatleben der Patienten als auch für deren Sicherheit. Ohne sie wird der Patient dem Arzt unter Umstände lebenswichtige Informationen vorenthalten. Wird ein Patient gegenüber seiner Umwelt geschädigt oder beschämt durch unachtsames Ausplaudern persönlicher Dinge so können ihm ernste Nachteile entstehen (Versicherung, Arbeitsplatz) oder er wird durch Vermeiden medizinischer Maßnahmen Schaden erleiden.

> Eine junge schwangere Frau verschwieg den Ärzten, dass sie in einer früheren Schwangerschaft eine illegale Abtreibung durchführen ließ, bei der die Gebärmutter verletzt wurde. Als die Presswehen einsetzen, ging die Narbe am Uterusfundus auf, das Kind wurde nach innen in den Leib der Mutter hinein

geboren. Ein Notkaiserschnitt konnte die Frau mit Mühe vor dem Verbluten retten. Das Kind erlitt eine dauerhafte Hirnschädigung. Mangelndes Vertrauen hatte entscheidende Informationen zurückgehalten.

In einer afrikanischen Region mit hoher AIDS-Häufigkeit sollte die zugleich hohe Säuglings- und Müttersterblichkeit durch ein Geburtszentrum gesenkt werden. Die anfänglich deutlichen Erfolge ließen jedoch nach einiger Zeit nach und die Sterblichkeit stieg wieder an. Nachforschungen ergaben, dass die Mitarbeiter Informationen über HIV-positive Frauen weitergaben, so dass diese sozial isoliert wurden. Aus Angst vor HIV-Tests und nachfolgender Diskriminierung durch Missachtung der Schweigepflicht mieden fortan viele Frauen das Zentrum. Die Säuglings- und Müttersterblichkeit nahm zu.

Nicht alle Forderungen des Hippokratischen Eids sind quasi zeitlos. So werden alle chirurgischen Maßnahmen einschließlich der Abtreibung abgelehnt. Diese Maßnahmen waren damals angesichts fehlender Asepsis lebensgefährlich. Chirurgen gehörten damals nicht zur Zunft der Ärzte. „Die Medizin“ war immer auch nur das, was mit gesellschaftlicher Akzeptanz als „Medizin“ erklärt wurde.

Der Hippokratische Eid und das Gesundheitssystem

Der Hippokratische Eid ist eine Selbstverpflichtung der Ärzte im Sinne des moralischen Qualitätsversprechens einer Profession. Der Zeit seiner Entstehung entsprechend spricht er vom einzelnen Arzt. Dieser sollte das Professionsethos als persönliche Tugend, als Charaktermerkmerkmal integrieren. Der einzelne Arzt steht gegenüber seinem Patienten in der Verantwortung für diesen. Was der Hippokratische Eid *nicht* kennt sind Institutionen der medizinischen Versorgung und Gesundheitssysteme. In einer Situation, in der Hospitäler, Praxen, Krankenversicherungen und ein ganzes *Gesundheitssystem* für die Gewährleistung der medizinischen Versorgung zuständig sind stellt sich die Frage, ob und wie weit die moralischen Ansprüche an den individuellen Arzt auch auf die Versorgungseinrichtungen der Meso- und Makroebene übertragbar sind.

Unsere Gesellschaft scheint in der Tat den „Geist des Hippokrates“ auf das Gesundheitssystem übertragen zu wollen. Dem entsprechend ist die Rechtsprechung zur medizinischen Versorgung von Menschen und zur medizinischen Forschung am Menschen ausgerichtet. Andererseits ist es angesichts kontinuierlich und rasant wachsender Potenziale der Medizin nicht selbstverständlich, die dafür erforderlichen Mittel umstandslos über Zwangsbeiträge der Krankenkassen, Krankenversicherungen oder über Steuern zu finanzieren. Politische Bemühungen, die Kostenentwicklung im Gesundheitssystem einzudämmen und zugleich das Wachstum einer

sich neu verstehenden Gesundheitswirtschaft zu fördern, verlangen von den Einrichtungen des Gesundheitssystems, besonders von den Kliniken und Praxen, einen anstrengenden Spagat zwischen der konsequenten Verfolgung des Patientenwohls einerseits sowie den wirtschaftlichen Interessen von Klinikunternehmen und politischen Zielen der Regierungen andererseits. Die Führungskräfte in den jeweiligen Einrichtungen stehen folglich in einer Konfliktzone, in der die „Ethik des Hippokrates" nur eine Stimme von vielen ist.

In diesem Sinne wäre der Hippokratische Gedanke heute zu sehen. Noch versucht die deutsche Politik den Problemen auszuweichen, die sich dann ergeben, wenn eben nicht mehr alle wirksame Medizin für jeden, der es aus medizinischer Sicht braucht, finanziert werden kann. Die Problematik einer Priorisierung und letztlich auch Rationierung würde eine „Kreuzung" von („hippokratischer") Individualethik und gesundheitsökonomisch fundierter kollektiver Bevölkerungsethik notwendig machen. Für diese schwierige Herausforderung ist die Kenntnis von Ethik-Grundsätzen wichtig, aber nicht ausreichend. Ergänzend muss ethische Kompetenz entwickelt werden, um die unterschiedlichen Wertmaßstäbe der versorgenden Medizin, des seine wirtschaftliche Basis sichernden Gesundheitsunternehmens (vormals „Krankenanstalt") und des politisch verantworteten Gesundheitssystems aufeinander abzustimmen. Qualifizierte gesellschaftliche Diskurse sind hierzu erforderlich. „Ethik" gibt dazu das erforderliche intellektuelle Rüstzeug an die Hand.

!

Wichtige Aussagen des Hippokratischen Eides

- **Dem Wohl des Kranken dienen**
- **Keinen Schaden zufügen**
- **Nicht töten**
- **Keine (auch sexuellen) Übergriffe**
- **Schweigepflicht wahren**
- **Kollegialität wahren**

2.4 Das Genfer Ärztegelöbnis – Präambel zur Ärztlichen Berufsordnung

Wer eine Einrichtung zur medizinischen Versorgung führt und somit im Kern auf ärztliche Mitarbeiter angewiesen ist, kann ohne Kenntnis der Inhalte der ärztlichen Berufsordnung keine gute Zusammenarbeit herstellen. Auch ärztlichen Führungskräften hilft eine präzise Kenntnisnahme gerade in Zeiten rascher Veränderungen der Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem.

Die ärztliche Berufsordnung, durch das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland der Zuständigkeit der Bundesländer und im Zuge der Selbstverwaltung den jeweiligen Ärztekammern obliegend, ist für jeden Arzt verbindlich. Das Dokument gibt Auskunft über die „sittlichen" Grundlagen des ärztlichen Berufs. Ihre Präambel beruht auf ethischen Grundlagen, die im „Genfer Ärztegelöbnis des Weltärztebundes" 1948 formuliert wurden. Dieses Dokument gilt als zeitgemäßer Nachfolger des Hippokratischen Eids. Es ist der Berufsordnung für Ärzte vorangestellt.

Deklaration von Genf

verabschiedet von der 2. Generalversammlung des Weltärztebundes Genf, Schweiz, September 1948 [...] (in der Version von 2006)

Gelöbnis:

Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Beruf gelobe ich feierlich:

Ich werde mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit stellen.

Ich werde meinen Lehrerinnen und Lehrern die ihnen gebührende Achtung und Dankbarkeit erweisen.

Ich werde meinen Beruf nach bestem Gewissen und mit Würde ausüben. Die Gesundheit meiner Patientin oder meines Patienten wird mein oberstes Anliegen sein.

Ich werde die mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod der Patientin oder des Patienten hinaus wahren.

Ich werde mit allen in meiner Macht stehenden Mitteln die Ehre und die edlen Traditionen des ärztlichen Berufes aufrechterhalten.

Meine Kolleginnen und Kollegen werden meine Schwestern und Brüder sein.

Ich werde mich bei der Erfüllung meiner ärztlichen Pflichten, meiner Patientin oder meinem Patienten gegenüber nicht durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung, soziale Stellung oder durch andere Faktoren beeinflussen lassen.

Ich werde den höchsten Respekt vor menschlichem Leben wahren.

Ich werde, selbst unter Bedrohung, meine medizinische Kenntnisse nicht zur Verletzung von Menschenrechten und bürgerlichen Freiheiten anwenden.

Ich gelobe dies feierlich, aus freien Stücken und bei meiner Ehre.

Das Dokument ist in der täglichen Praxis selten präsent, für viele wirkt es pathetisch und weit entfernt von der Realität. Gleichwohl sind die Kernaussagen im Empfinden der Angehörigen der Gesundheitsberufe doch

vorhanden. Nicht wenige von ihnen messen die Wirklichkeit an diesen Versprechen und reagieren mit Zynismus, wenn sie gebrochen werden oder nicht durchgehend gelebt werden können. Für die Festlegung von Zielen und Grundsätzen medizinischer Versorgung und ihrer Einrichtungen sind sie nach wie vor aktuell.

Die Tätigkeit in der Medizin soll „menschlich" sein! Wer würde sich das nicht wünschen. Führungskräfte sollten offen sein für die vielen Ärzte und Pflegenden, die heute diese Menschlichkeit vermissen. Dauerhaft kann Medizin nicht ohne die Gewissheit praktiziert werden, dass die Menschlichkeit gewahrt wird. Man wird darüber streiten können und müssen, was konkret als Menschlichkeit gilt. Wenn jedoch viele Mitarbeiter in Kliniken das Gefühl äußern, Menschlichkeit würde vermisst oder gar sträflich missachtet, dann sollte das nicht ignoriert werden. Ethik-Gesprächskreise („Ethik-Café") sind ein geeignetes Medium, um derlei Wahrnehmungen oder Einschätzungen aufzunehmen und gemeinsam nach Verbesserungen zu suchen.

„Gewissensfreiheit" bei ärztlichen Entscheidungen wird gefordert und beansprucht. In Zeiten hoher betriebswirtschaftlicher Einflussnahme auf ärztliche Entscheidungen ist dies höchst bedeutsam. Auch für die Pflegeberufe ist dies ein sensibles Thema, da Pflegende sich sehr häufig genötigt fühlen, an Versorgungsmaßnahmen teilzunehmen, die sie moralisch nicht billigen. In solchen Fällen sollten gerade ärztliche Führungskräfte mittels ethischer Kompetenz ihre Entscheidungen vermitteln können, gegebenenfalls aber auch in der Auseinandersetzung mit anderen Beurteilungen revidieren.

Die zentrale Aussage des Gelöbnisses stellt die „Gesundheit meiner Patientin oder meines Patienten" als „höchstes Anliegen" heraus. Das bedeutet, dass die Bedürfnisse und Gesundheitsinteressen des jeweiligen Patienten ganz klar Vorrang haben müssen vor allen anderen Interessen: denen des Unternehmens an Gewinn oder Ansehen, eines Arztes an Gewinn, Ansehen oder Fertigkeit, den Interessen der Mitarbeiterschaft an Arbeitsbedingungen oder Tarifen, den Interessen von Krankenkassen oder von politischen Institutionen. Für das kaufmännische Management kann diese klare Priorität durchaus zum Problem werden, wird dieses doch für die wirtschaftliche „Gesundheit" des Unternehmens verantwortlich gemacht. Aber auch Ärzte stellen sich Fragen, ob eine nachweislich wirksame Therapie auch dann *allen* Patienten verordnet werden können, wenn diese – wie am Beispiel der aktuellen Behandlung der Hepatitis C- mit extremen Kosten für das Gesundheitssystem verbunden sind. So sind also zunehmend Situationen denkbar, wo Interessen an einem wirtschaftlich

stabilen Gesundheitssystem sich *vor* die Interessen des einzelnen Kranken schieben können.

Das Gebot der Gleichbehandlung aller Patienten stellt ebenfalls eine große Herausforderung aus, weil diese einerseits auch rechtlich gefordert wird, andererseits aber gesetzliche Unterschiede vorgeschrieben sind. So haben Patienten aus anderen Ländern der Europäischen Union nur Anspruch auf Kostenübernahme in Höhe der in ihrem Heimatland geltenden Gebühren und Menschen, die nicht Bürger eines EU-Mitgliedslandes sind, haben in der Regel nur Anspruch auf eine unscharf definierte Grundversorgung. Die Problematik wird durch Migration und Flüchtlinge verschärft. Bei derlei komplizierten Entscheidungssituationen sollten Führungskräfte mit ethischer Kompetenz ansprechbar sein und im Dialog mit den Beteiligten nach möglichst breit akzeptierten Lösungen suchen.

Der geforderte „Respekt vor dem menschlichen Leben" stellt eine dauerhafte ethische Herausforderung dar. Durch die erweiterten Möglichkeiten der Intensivmedizin, der Techniken der Reproduktionsmedizin, Pränataldiagnostik, Humangenetik und die umstrittene Frage, wann denn überhaupt das menschliche Leben und dessen Schutzwürdigkeit beginne sind Antworten in diesem Themenfeld ausgesprochen anspruchsvoll geworden. Werden diese Antworten aber nicht gegeben so sind Kontroversen, Konflikte und Störungen zwischen den beteiligten Personen unvermeidbar.

Auch das schon im Hippokratischen Eid angesprochene Gebot der „Wahrung des Patientengeheimnisses" wird im Genfer Gelöbnis übernommen. Angesichts hoher Dokumentationspflichten und zunehmender elektronischer Vernetzung patientenbezogener Daten und Informationen wird hier eine ernste Herausforderung für das Management von Krankenhäusern und allen anderen Einrichtungen des Gesundheitssystems erkennbar. Aber schon eine Überbelegung eines Klinikums oder ein Umbau mit vorübergehender Raumknappheit kann hier zur Herausforderung werden, wenn Patienten auf dem Flur aufgenommen werden und vor den Ohren und Augen Dritter nicht abgeschirmt werden können. Ein „klassischer" Ethikkonflikt liegt vor, wenn grundsätzlich zu schützende Informationen und Daten für das akute Patientenwohl dem Risiko der Veröffentlichung oder der Einsicht durch Unbefugte ausgesetzt werden müssen.

Genfer Gelöbnis als historische Reaktion

Das Genfer Ärztegelöbnis und die darauf aufbauende Berufsordnung der Ärzte beruhen auf Ethik-Grundsätzen in der hippokratischen Tradition. Diese wurden nach dem Zweiten Weltkrieg und nach den erschütternden Erkenntnissen im

Rahmen der Nürnberger Ärzteprozesse neu formuliert. Die damals aufgedeckten und verhandelten medizinischen Verbrechen an Kriegsgefangenen und Gefangenen in den Konzentrationslagern hatten unter Bezug auf das Völkerrecht zur Formulierung des „Nürnberger Kodex- Regeln über die Experimente am Menschen“ geführt. Hier wurden alle unter Zwang durchgeführten medizinischen Versuche geächtet. Forschung am Menschen sollte fortan nur freiwillig und nach ausdrücklicher Zustimmung auf der Grundlage vollständiger Aufklärung durch den Probanden erfolgen. Als Grundsatz des „informed consent“ sollte dieser Gedanke über die Forschung hinaus in der Folgezeit für *alle* medizinischen Handlungen an Menschen bekräftigt werden. Das „Principle of Autonomy“, Selbstbestimmung des Patienten über seine Inanspruchnahme von Medizin, wurde dann von den Amerikanern Beauchamp und Childress zu den hippokratischen „principles“ hinzugefügt. Es ist selbstverständlich, dass die Achtung der Grundsätze der Selbstbestimmung und der Menschlichkeit, die ebenfalls nach den Nürnberger Prozessen hervorgehoben wurden, nicht nur vom einzelnen Arzt, sondern von allen Gesundheitsberufen und von den Einrichtungen des Gesundheitssystems zu achten sind. Damit sind sie auch für das gesamte Management richtungweisend.

2.5 Die Ärztliche Berufsordnung: kodifizierte Medizinethik

Die Ärztliche Berufsordnung ist kodifizierte Medizinethik. In Deutschland wird sie entsprechend dem Grundgesetz von den Ärztekammern der Bundesländer erlassen und in Bezug auf Einhaltung überwacht. Die Bundesärztekammer als Arbeitsgemeinschaft hat eine Musterberufsordnung verfasst. Darüber hinaus wurden Grundsätze ärztlicher Ethik in einer Europäischen Berufsordnung niedergelegt, die von der Internationalen Konferenz der Ärztekammern und Organisationen 1995 einstimmig angenommen wurde. Die ethischen Normen gelten für jeden einzelnen Arzt als verbindlich. Sie sind allgemein verfasst und werden in der Ärzteschaft wie in der Gesellschaft weitgehend akzeptiert. Schwierigkeiten ergeben sich eher bei der Anwendung der Normen auf konkrete Fälle und Situationen und ganz besonders dann, wenn neuartige, bislang unbekannte Entscheidungssituationen vorliegen oder wenn zwischen den Normen Unvereinbarkeiten bestehen.

Die europäische Berufsordnung beginnt mit einem ärztlichen Gelöbnis. Sie betont die Pflicht zur Achtung der Patientenautonomie auf Grundlage der Aufklärung des Patienten. Sie stellt die ethische und fachliche Unabhängigkeit sowie die berufliche Schweigepflicht heraus. Breiter Raum wird der „Ankündigung der ärztlichen Tätigkeit“ gewidmet, womit ein Werbeverbot konkretisiert wird. Grundsätze der Kollegialität werden gegenüber wettbewerblichem Verhalten betont.

Lebensschutz, Achtung der Menschenwürde, Gleichbehandlung und konsequenter Einsatz für die Gesundheit *des Menschen* sind die erstgenannten Normen. Es geht also um den Einzelnen und die Menschen schlechthin, nicht nur um Kranke und Patienten. Eine Unterscheidung zwischen Friedens- und Kriegszeiten wird abgelehnt. In der ärztlichen Berufsausübung darf nur die Gesundheit des Patienten im Vordergrund stehen. Auf keinen Fall darf er dem Patienten schaden.

Den bekannten Positionen des Hippokratischen Eids und des Genfer Gelöbnisses wird die „Einwilligung nach Aufklärung" an hervorgehobener Stelle hinzugefügt. Der ethischen und fachlichen Unabhängigkeit wird ein besonderer Absatz gewidmet. Es wird hier jedoch die Möglichkeit antizipiert, dass diese Unabhängigkeit in privaten Einrichtungen oder Behörden nicht gegeben ist. In solchen Fällen soll der Patient darauf hingewiesen werden, sofern dies nicht offensichtlich ist.

Hinsichtlich der ärztlichen Schweigepflicht wird auf Gefahren elektronischer Patientendatenbanken hingewiesen. Der Arzt „als Vertrauter des Patienten" muss hier in besonderer Weise auf Datensicherheit achten. Erkennbar ist, dass auf diesem Gebiet noch erhebliche Probleme zu lösen sind, da einerseits die IT- Entwicklung vor dem Gesundheitswesen nicht haltmachen wird, andererseits vollständige Datensicherheit weder vom Arzt noch vom Krankenhaus und auch nicht vom Netzbetreiber garantiert werden kann.

Zum Zeitpunkt der Verabschiedung der Europäischen Berufsordnung (1995) zeichnen sich Ökonomisierungs- und Kommerzialisierungstendenzen im Gesundheitswesen vieler europäischer Länder bereits deutlich ab. Dem wird von den Standesorganisationen ein klares Bekenntnis entgegengehalten: „Die ärztliche Berufsausübung ist weder ein Gewerbe noch eine kommerzielle Tätigkeit." Daraus folgt, dass Werbung, die Bezug nimmt auf andere Ärzte im Sinne von Wettbewerb, nicht zulässig ist. Wohl dürfen Titel und Qualifikationen dargestellt werden, soweit dies der Information des Patienten dient. Diese sollen aber nicht irregeführt werden. Werbung darf nicht sein, jedenfalls nicht in der Art kommerzieller Unternehmen. Ärzte in Krankenhäusern dürfen nicht erlauben, dass der Einrichtungsträger „in besonderem Maße mit den Kenntnissen, Fähigkeiten und Leistungen in Bezug auf andere Ärzte wirbt."

Europäische Berufsordnung für Ärzte von 1995

Gelöbnis des Arztes

Es ist Aufgabe des Arztes in Friedens- wie in Kriegszeiten unter Achtung vor dem Leben und der Würde des Menschen ohne Unterschied des Alters, der

> Rasse, der Religion, der Staatsangehörigkeit, der gesellschaftlichen Stellung, der politischen Ideologie oder irgendwelcher anderer Art, die körperliche und geistige Gesundheit des Menschen zu schützen und sein Leiden zu lindern.
>
> Der Arzt hat bei der Ausübung seines Berufes die Gesundheit des Patienten in den Vordergrund zu stellen. Der Arzt darf seine beruflichen Kenntnisse nur zur Verbesserung oder Erhaltung der Gesundheit der Menschen, die sich ihm anvertrauen und nur auf deren Ersuchen einsetzen. Er darf in keinem Fall zu ihrem Schaden tätig werden.
>
> Es widerspricht der ärztlichen Ethik, wenn der Arzt dem Patienten bei der Ausübung seines Berufes seine persönlichen, weltanschaulichen, moralischen oder politischen Vorstellungen aufzwingt. Die ärztliche Berufsausübung ist weder ein Gewerbe noch eine kommerzielle Tätigkeit. [...]

Seit Verabschiedung dieser Berufsordnung haben die Gesundheitssysteme viele Reformen erlebt und die Medizin hat ihre Potenziale erheblich erweitert. Teils mit dem Ziel der Kostendämpfung, teils der Förderung der Gesundheitswirtschaft wurden von den Gesetzgebern neue Konzepte der Steuerung und Entwicklung von Medizin und Gesundheitswesen implementiert. Die Einführung des (modifizieren) Wettbewerbsprinzips hat die klassische Kranken*anstalt* in ein modernes Gesundheitsunternehmen überführt. Damit wurden die Institutionen der medizinischen Versorgung, insbesondere die Krankenhäuser, einem Wettbewerb um Kunden unterworfen, zu denen insbesondere die Patienten gehören. Die Finanzierungsordnung deutscher Krankenhäuser verlangt von Häusern eine betriebswirtschaftliche Führung und die Erwirtschaftung von Gewinnen, u.a. um notwendige Investitionen finanzieren zu können.

Krankenhäuser wie Arztpraxen werden nach einer in Deutschland auch vom Bundesministerium für Gesundheit übernommenen Definition zum „ersten Gesundheitsmarkt“ der volkswirtschaftlich bedeutenden *Gesundheitswirtschaft* gezählt. Sozialpolitik und Wirtschaftspolitik verschmelzen hierbei zunehmend. Aus Sicht der Medizinethik entsteht dadurch der Widerspruch zwischen dem Krankenhaus als Unternehmen und der Medizin. Auch öffentliche und frei-gemeinnützige Krankenhäuser müssen heute Gewinne erstreben zur Sicherstellung ihrer wirtschaftlichen Zukunft. Private Anbieter sind a priori auf die Erzielung von Gewinn und Profit angelegt. Damit werden viele Einrichtungen des Gesundheitswesens als gewerbliche oder quasi gewerbliche Unternehmen geführt. Die ärztliche Tätigkeit als Gewährleister der medizinischen Versorgung soll jedoch „weder ein Gewerbe noch eine kommerzielle Tätigkeit“ sein. Finanzierungsordnung und Berufsordnung gehen also in unterschiedliche Richtungen. Den Fähigkeiten und dem Gewissen sowohl der Ärzte als

auch der Geschäftsführungen ist damit eine schwierige Herausforderung gegeben. Dass die Ökonomisierung des Gesundheitssystems ein hohes „moralisches Risiko" enthält das zu Konflikten zwischen Patientenorientierung und Unternehmensorientierung führen kann zeigt die Erfahrung der organisationsethischen Praxis.

2.6 Die vier Prinzipien der biomedizinischen Ethik

> Medical ethics enjoyed a remarkable degree of continuity and consistency from the days of Hippocrates until the mid-twentieth century. But recent scientific, technological, and social developments have produced rapid changes in the biological sciences and in health care. These developments have challenged many traditional conceptions of the moral obligations of health professionals and society. The objective of this book is to provide a moral framework for determining our obligations in the wake of these developments. (Beauchamp u. Childress 1989)

Seitdem im Jahre 1977 die erste von vielen Auflagen des Buches „Principles of Biomedical Ethics" der amerikanischen Medizinethiker („Bioethicists") Tom L. Beauchamp und James F. Childress von der Georgetown-University Washington D.C. erschien, hat sich eine international weit verbreitete und akzeptierte Kurzfassung ethischer Normen für die Medizin durchgesetzt, die oft als „Georgetown-Mantra" bezeichnet wird. Man kann die Kernaussage des sehr gründlichen philosophisch fundierten Werks auf vier Grundprinzipien zusammenfassen, die als eine Art Taschenkompass der Ethik schnell und einfach erinnert werden können. Jede medizinische Entscheidung wird daraufhin befragt, ob sie a) die Autonomie, die Selbstbestimmungsrechte des Patienten achtet, b) ob sie dem Wohl oder Nutzen des Patienten dient, c) ob der Grundsatz der Schadensvermeidung beachtet wird und d) ob die Kriterien der „Gerechtigkeit" eingehalten werden. Die Prinzipien sind in diesem Sinne sehr praxisorientiert und befähigen den Entscheider, ohne tiefgreifende Diskussion grundsätzlicher deontologischer, utilitaristischer oder anderer ethischer Positionen eine Entscheidung zu treffen. Aus diesem Grund werden die Biomedical Principles auch als Prinzipien mittlerer Reichweite bezeichnet (im Gegensatz zu den weitausgreifenden grundsätzlichen ethischen Positionen, die sich oft nicht gegeneinander auflösen lassen).

Taschenkompass für Ethik im Krankenhaus: Die biomedizinischen Prinzipien (Beauchamps and Childress 1977)

- **Principle of Respect for Autonomy – Prinzip des Respektes der Patientenautonomie**
- **Principle of Nonmaleficence – Prinzip des Nicht-Schadens**
- **Principle of Beneficence – Prinzip der Fürsorge**
- **Principle of Justice – Prinzip der Gerechtigkeit**

Das „Principle of Non-Maleficence" und das „Principle of Beneficence" sind uns aus dem Hippokratischen Eid hinlänglich bekannt. Beide beziehen sich auf medizinische Maßnahmen am Patienten, können aber auch für die ethische Bewertung ganzer medizinischer Verfahren, Techniken oder anderer Aspekte angewandt werden. Das „Principle of Justice" wird ebenfalls schon bei den antiken Ärzten erwähnt. Es thematisiert die Probleme gerechter Verteilung knapper Mittel (Ressourcenallokation), fragt nach Fairness, Kriterien der Priorisierung und Rationierung von Mitteln und einer angemessenen Grundversorgung aller Menschen. Die Gerechtigkeitsforderung wird nicht nur an den Arzt gestellt, sie stellt sich auch für die Führungsebenen in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens und die Politik.

Priorisierung und Rationierung

Priorisierung stellt ein wichtiges Thema der Ethik dar. Hierbei geht es um die Festlegung von Hierarchien der Wichtigkeit. Welche medizinischen Ziele sind wichtiger als andere? Sollen große Anteile der Ressourcen für die Akutmedizin oder die Intensivmedizin bei älteren Menschen verwendet werden, oder sollten die Mittel eher zur Prävention von Krankheiten oder bevorzugt jüngeren Menschen zugutekommen? Das aus der Militär- und Katastrophenmedizin stammende Modell der *Triage* legt zum Beispiel fest, welche verletzten Personen zuerst behandelt werden und wer ggf. gar nicht behandelt wird. Viele Staaten haben Kommissionen zum „Priority Setting" eingerichtet. Eines der Ziele dabei ist die Vermeidung von Rationierungen medizinischer Maßnahmen. Im strengen Sinne liegt eine *Rationierung* vor, wenn knappe Mittel oder Maßnahmen nach klaren Kriterien so eingeteilt werden, dass sie ganz oder teilweise trotz medizinischer Notwendigkeit vorenthalten werden.

Neueren Ursprungs hingegen ist das „Principle of Respect for Autonomy", das die Selbstbestimmung des Patienten im Sinne eines Rechts auf Ablehnung medizinischer Maßnahmen betont. Zu einer Behandlung muss im Normalfall der Patient seine Zustimmung geben. Ausnahmen sind

Notfälle und Situationen der Entscheidungsunfähigkeit. Für solche Fälle werden dann Patientenverfügungen und Vertretungsvollmachten gefordert. Zwangsbehandlungen sollen nicht erfolgen, von forensisch psychiatrischen Fällen abgesehen.

Voraussetzung für die rechtsgültige Zustimmung des Patienten ist die ausreichende Information über seine Erkrankung, die vorgesehene Therapie und mögliche Alternativen.

Der „autonome Patient" ist keine anthropologische Konstante. Die starke Betonung der „autonomy" ist auch ein Reflex des US-amerikanischen Gesundheitswesens, das auf Grund eines deutlich schwächeren Sozialversicherungsmodells als in Europa die persönliche Verantwortung des Bürgers für seine Gesundheit und die Krankenversorgung stärker betont. So gesehen hat ein US-Bürger auch mehr Wahlmöglichkeiten im positiven und negativen Sinn. Als „Health-Care-Consumer" repräsentiert eher mehr den Kunden als den herkömmlichen Patienten.

Die Hauptstoßrichtung von „Autonomy" richtet sich jedoch gegen den Habitus eines „Paternalismus", wie er in Europa und auch in Deutschland lange vorherrschend war. Dies hat sich inzwischen geändert. Die Aufklärungspflichten sind gesetzlich erweitert worden, Patientenverfügungen und Stellvertreter-Vollmachten sind weit verbreitet und juristisch gestärkt. Auch in der Psychiatrie sind Behandlungen gegen den Willen des Patienten stark eingegrenzt worden. Da Kliniken für ein Fehlverhalten ihrer Mitarbeiter haftbar gemacht werden können und zudem ihr Ansehen aufs Spiel setzen ist es auch eine Aufgabe des Managements dafür zu garantieren, dass die erweiterten Patientenrechte auch beachtet bzw. umgesetzt werden.

Das Buch der beiden Autoren stellt ein Schlüsselwerk der internationalen Medizin- bzw. Bioethikszene dar. Sein Anspruch besteht in der Formulierung eines moralischen Rahmens, um den tief greifenden Veränderungen der Gegenwart in Medizin, Gesundheitswesen und Gesellschaft gerecht zu werden.

Patient, Kunde oder Health-Care-Consumer?

Ob ein kranker oder gesunder Mensch, der sich in ärztliche Behandlung begibt, als Patient, Kunde oder, wie von der Harvard Ökonomin Regina Herzlinger gefordert als „Health Care Consumer" gesehen werden soll, hat viele ethische und politische Kontroversen ausgelöst. Mit dem Einzug des Wettbewerbs in das Gesundheitssystem und mit der Ausweitung privat zu zahlender Gesundheitsdienste wird zunehmend von „Kundenorientierung" gesprochen. Damit wird indirekt unterstellt, dass der (ehemalige) Patient sich als „freier Marktteilnehmer" verhält. Seine durch seinen Gesundheitszustand bedingte Not, die ihm

keine freie Wahl lässt ob er sich behandeln lässt oder nicht, wird dabei freilich nicht hinreichend berücksichtigt. Ein Kunde und ein „Health Care Consumer“ sind zudem in ihren Möglichkeiten durch die eigene Kaufkraft beschränkt. Je stärker ein Gesundheitssystem marktwirtschaftlich orientiert ist und je weniger sozialethische Grundsätze wie Solidarität, Gleichheit, Gerechtigkeit oder – wie bei den Kirchen – Barmherzigkeit eine Rolle spielen, umso mehr wird der Kundenbegriff gestärkt. Gleichzeitig fehlt dem Kundenbegriff im Gegensatz zum Patientenbegriff das Moment der Fürsorge. Einem fürsorglich behandelten Patienten wird medizinisch so versorgt, wie es sinnvoll erscheint, wohingegen ein Kunde unter Umständen dazu verführt wird Gesundheitsleistungen zu wählen, die überflüssig sind oder ihm gar schaden. Ein Kunde kann sich potentiell kaufen was er möchte. Solange aber ein Arzt für die praktizierte medizinische Maßnahme verantwortlich ist, kann eine „wunscherfüllende Medizin“ nicht allgemein zugelassen werden. Letztere wäre weniger problematisch, wenn der Kunde die gewünschte Leistung selbst bezahlt (und nicht die Krankenkasse oder Versicherung) und die Verantwortung für die Folgen selbst übernimmt. In den europäischen Gesundheitssystemen mit dem hohen Stellenwert des Solidaritätsprinzips kann freilich kein Patient oder Kunde beliebig Leistungen verlangen, die zu Lasten anderer bezahlt werden müssen. Im stärker marktwirtschaftlichen Gesundheitswesen der USA ist nicht nur der „Kunde“ höher bewertet, auch sein Recht auf Selbstbestimmung bzw. Autonomie, ist nicht zufällig hier so stark in den Vordergrund geraten. Hier hat wiederum die Konnotation des Patientenbegriffes eine negative Bedeutung: der Patient ist in seiner Autonomie häufig stark eingeschränkt und abhängig von Ärzten und Pflegekräften. In diesem Sinne hat sowohl der Kundenbegriff positive Aspekte, da er die Autonomie betont, als auch der Patientenbegriff, da er das Moment der Fürsorge und des Nicht-Schadens umfasst.

2.7 Ethik in der Klinischen Forschung: Die Deklaration von Helsinki

Medizinischer Fortschritt beruht auf Forschung und Entwicklung. Universitätskliniken spielen dabei eine wichtige Rolle. Klinische Studien können jedoch auch anderen Krankenhäusern durchgeführt werden. Dies gilt besonders für Medikamentenstudien. In allen an der Forschung beteiligten Einrichtungen des Gesundheitswesens sind strenge ethische Auflagen zu beachten. Die Führung dieser Einrichtungen muss diese kennen und für deren Einhaltung sorgen.

Für die medizinische Forschung an und mit Menschen ist die „Deklaration von Helsinki“ des Weltärztebundes maßgebend, die im Juni 1964 verabschiedet und bis heute immer weiter ergänzt und präzisiert wurde. Erfahrungen mit schwerem Missbrauch von Versuchspersonen, die heute als medizinische Verbrechen bewertet werden, liegen den Inhalten der Deklaration zugrunde. In vielen Ländern der Welt wurde die Deklaration

als Muster für die nationale Gesetzgebung genutzt. Für Ärzte ist sie bindend, für Angehörige anderer Berufe, die an der Forschung beteiligt sind oder selber forschen, wird eine Übernahme empfohlen. Dies betrifft beispielweise Psychologen, Biologen, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler.

Auch die Forschungsethik fußt in der hippokratischen Tradition und bezieht sich auf die Genfer Deklaration des Weltärztebundes. Bezogen auf die allgemeinen ethischen Regeln wird kein Unterschied zwischen der medizinischen Versorgung und der Forschung gemacht.

Die Genfer Deklaration des Weltärztebundes verpflichtet den Arzt mit den Worten „Die Gesundheit meines Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein“, und der Internationale Kodex für ärztliche Ethik legt fest: „Der Arzt soll bei der Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit im besten Interesse des Patienten handeln.“

Entscheidend ist der Gedanke, dass medizinische Forschung niemals Vorrang haben darf vor dem Leben, der Gesundheit, der Rechte und Interessen der einzelnen Versuchspersonen. Die Versuchsperson muss informiert sein, muss eine Zustimmungserklärung gegeben haben und muss über ihre Rechte informiert sein, auch über das Recht, jederzeit ohne Begründung und ohne Nachteile befürchten zu müssen die Teilnahme an der Studie zu beenden.

Eine Studie soll nur zu dem Zweck neuer Erkenntnisse durchgeführt werden. Sie sollen also nicht für das Marketing neuer Medikamente missbraucht werden. Ferner müssen sie von wissenschaftlich qualifiziertem Personal durchgeführt und verantwortet werden und einer sorgfältigen wissenschaftlichen Dokumentation unterliegen.

Die erforderliche Qualifikation der Forscher muss zuerst eine ethische sein, erst an zweiter Stelle wird die wissenschaftliche Ausbildung genannt. Faktisch ist dies häufig ein Problem, da bislang die wenigsten Ärzte über eine explizite Ethikausbildung verfügen. Es wäre schon hilfreich, wenn die Deklaration von Helsinki in der jeweils aktuellsten Version in Universitätskliniken aushängen würde.

Medizinische Forschung am Menschen darf nur von Personen durchgeführt werden, die angemessen ethisch und wissenschaftlich ausgebildet, geübt und qualifiziert sind.

Wenn Studien mit der Behandlung von Patienten verbunden sind, soll die Behandlung mit der höchsten Erfolgschance nicht zugunsten der Studie

aufgegeben werden. Wenn ein Behandlungspfad gegenüber einer Kontrollgruppe nachweislich gesichert bessere Ergebnisse erzielt, so soll die Studie abgebrochen werden, um der Kontrollgruppe mögliche Vorteile nicht vorzuenthalten.

Ärzte, die medizinische Forschung mit medizinischer Behandlung verbinden, sollten ihre Patienten nur soweit in die Forschung einbeziehen, wie dies durch deren möglichen präventiven, diagnostischen oder therapeutischen Wert gerechtfertigt ist und der Arzt berechtigterweise annehmen kann, dass eine Beteiligung an dem Forschungsvorhaben die Gesundheit der Patienten, die als Versuchspersonen dienen, nicht nachteilig beeinflussen wird. Alle vulnerablen Gruppen und Einzelpersonen sollten besonders bedachten Schutz erhalten.

Das nach den internationalen Forschungsstandards zu erstellende Forschungsprotokoll sollte die erforderlichen ethischen Erwägungen mit Bezug auf die Deklaration enthalten.

Das Protokoll sollte eine Erklärung der einbezogenen ethischen Erwägungen enthalten und sollte deutlich machen, wie die Grundsätze dieser Deklaration berücksichtigt worden sind. Das Protokoll sollte Informationen über Finanzierung, Sponsoren, institutionelle Verbindungen, mögliche Interessenkonflikte, Anreize für Versuchspersonen und Informationen bezüglich Vorkehrungen für die Behandlung und/oder Entschädigung von Personen enthalten, die infolge ihrer Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie einen Schaden davongetragen haben.

Bei klinischen Studien muss das Protokoll auch angemessene Vorkehrungen für Maßnahmen nach Abschluss der Studie beschreiben.

Sehr viel Raum wird der informierten Einwilligung eingeräumt. Grundsätzlich darf weder Zwang noch moralischer Druck auf die Versuchsperson ausgeübt werden. Nicht einwilligungsfähige Personen sollen dabei besonders geschützt werden, aber nicht grundsätzlich aus der Forschung ausgeschlossen werden, da sie andernfalls auch keine forschungsbasierte Verbesserung ihrer Situation erhalten können. Es muss jedoch die Chance bestehen, dass sich durch die Forschung für die betroffene Gruppe Vorteile ergeben können.

Die Deklaration wird an dieser Stelle nur auszugsweise behandelt. Sie richtet sich in erster Linie an die Forscher selbst sowie an die Antragssteller, die ihren Antrag einer Forschungs-Ethikkommission vorlegen müssen. Das schließt aber nicht aus, dass alle für ein Klinikum Verantwortlichen über die nötige Aufmerksamkeit gegenüber den ethischen Anforderungen an medizinische Forschung informiert sind und für die Einhaltung der Standards sorgen.

2.8 Weitere Ethik-Dokumente

In diesem Kapitel wurden nur die grundlegenden und international bedeutsamsten Ethik-Dokumente aus dem Bereich der Gesundheitsversorgung erwähnt. Der Weltärztebund, die American Medical Association, der Internationale Rat der Pflegekräfte (International Council of Nurses), Berufsverbände der Psychologen, das Internationale Rote Kreuz und viele andere Organisationen haben für ihre spezifischen Belange Ethik-Richtlinien erlassen und veröffentlicht. Sie wenden sich überwiegend an die Ausübenden in Medizin, Pflege und Therapien. Für das Management der Einrichtungen, in denen die medizinische Versorgung und Forschung zuhause sind muss das Wissen über diese Standards aber vorhanden sein, wenn eine inhaltlich gedeihliche Beziehung zwischen allen Gesundheitsberufen Wirklichkeit werden soll.

2.9 Medizinethik, Pflegeethik, Unternehmensethik und Wirtschaftsethik

Die genauere Bezeichnung einer „Teil-Ethik" im Gegensatz zu den großen allgemeinen philosophischen oder theologischen „Ethiken" ist weder zufällig noch folgenlos. Begriffliche Sorgfalt und kritischer Abstand sind deshalb wichtig, weil mit Bezeichnungen auch bestimmte Sichtweisen und Ziele hervorgehoben werden, die ihrerseits auch mit Interessen einhergehen können.

Medizinethik befasst sich mit ethischen Aspekten der Medizin und ist damit eine Professionsethik der Ärzteschaft. Sie ist in vielfacher Hinsicht ein Vorbild für andere Bereichsethiken, unter anderen der Pflegethik, sollte diese aber weder ersetzen noch dominieren.

Der antike „Hippokratische Eid" ist ein Beleg dafür, wie eng Ethik und Professionalisierung der Medizin zusammengehören. Dennoch hat sich eine eigenständige *Ethik in der Medizin* als institutionalisierte akademische Disziplin in vielen Staaten erst in den letzten Jahrzehnten entwickelt.

Die Ethik in der Medizin bezeichnet unterschiedliche Phänomene. Zuerst ist ein normatives Regelwerk gemeint, das die Beziehung der Ärzte zu ihren Patienten strukturiert. Das Regelwerk bezieht sich darüber hinaus auf die medizinische Forschung. Ferner umfasst sie Strukturen zur Vorbereitung und Unterstützung (Beratung) von medizinischen Entscheidungen in Therapie und Forschung. Schließlich ist sie ein akademischer Bereich mit speziellen Lehrstühlen, spezieller Forschung und Ausbildung von Ärzten und anderen Gesundheitsberufen.

Die Medizinethik hat im Vergleich zu anderen Bereichsethiken eine stärkere Position, die nicht als inhaltlicher Prioritätsanspruch missverstanden werden darf. Sie verfügt über stabile Institutionen an Universitäten, ist produktiv in ein Umfeld aus Wissenschaft und Forschung eingebettet, ist internationalen Austausch und Diskurse gewohnt und verfügt über eine gewisse Tradition.

Die Bezeichnung *Bioethik (Bioethics)* wird häufig der Medizinethik gleichgesetzt oder übergeordnet. Durch das international sehr einflussreiche Werk der US-amerikanischen Autoren Beauchamps und Childress hat sich der Ausdruck *Biomedical Ethics* allgemein verbreitet.

Biomedical Ethics müsste streng genommen von der Medizinethik unterschieden und auf Biomedizin beschränkt sein. Letztere ist nämlich nicht mit der gesamten Medizin gleich zu setzen, sondern nur mit jenen Bereichen, die auf den *Lebenswissenschaft*en beruhen. Letztere schließen aber psychologische, psychosomatische, kulturanthropologische und soziologische Aspekte noch immer weitgehend aus und haben einen verengten Begriff von Leben, in dessen Zentrum die Molekulargenetik steht.

Eine ausgearbeitete Ethik der psychologischen Medizin oder Psychotherapie liegt nicht vor. Heilkundliche Disziplinen wie die psychosomatische Medizin, die medizinische und psychologische Psychotherapie und Teile der Psychiatrie verfügen über vergleichsweise geringe explizit ethische Ausarbeitungen. Einer der Gründe hierfür könnte darin liegen, dass ethische Positionen in den Denk- und Handlungsmustern dieser Disziplinen integriert sind, ohne ausdrücklich benannt zu werden. Dies gilt beispielweise für die Psychoanalyse, die der Autonomie des Patienten eine hohe Bedeutung einräumt oder die „Anthropologische Medizin“ (Victor v. Weizsäcker), deren Forderung nach der „Einführung des Subjekts“ in die Medizin oder deren Konzept eines dialogischen Arzt-Patient-Verhältnisses ebenfalls ethische Elemente in ihr medizinisches Grundmodell integriert.

Psychologische und spezialisierte psychotherapeutische Berufsverbände haben mittlerweile ihren je eigenen Ethik-Kodex ausgearbeitet. Darüber hinaus gibt es Europäische Richtlinien zur Berufsethik der Psychologen (Meta-Code on Ethics der EFPA, Europäische Föderation der Psychologenvereinigungen) Die *Pflege*ethik, im Englischen „Nursing Ethics“ genannt, formuliert das moralische Selbstverständnis und die Ziele der Pflegeberufe. Ähnlich wie die Medizinethik ist sie bevorzugt am Wohl ihrer einzelnen Patienten und Klienten ausgerichtet. Sie ist besonders dort stärker entwickelt, wo die Pflegeausbildung mindestens in Teilen an Hochschulen erfolgt. Als akademisches Fach ist sie eher ein Thema der Pflegeeliten, die – unterstützt durch den *International Council of Nurses* (ICN) – zunehmend einen internationalen Austausch pflegt.

Eng verwandt mit der Pflegeethik sind die noch jungen Ansätze in anderen therapeutischen Berufen wie Physiotherapie, Ergotherapie, Transprofessionelle Frühförderung, Hebammen/Entbindungspflege usw. Auch hier liegen von nationalen und internationalen Berufsverbänden spezifische Ethik- Codizes vor und dort, wo die Ausbildung an Hochschulen stattfindet und durch eine eigenständige Forschung ergänzt wird finden sich auch Ansätze spezieller Ethik-Diskurse.

Management hat die Aufgabe, ganze Unternehmen, Institutionen, Verbände zu führen und zu gestalten. Dabei steht es in vielfältiger Weise in der Verantwortung: gegenüber der Einrichtung, den Klienten, der Mitarbeiterschaft, der Umwelt und der Gesellschaft insgesamt. Entsprechend vielfältig sind die ethischen Herausforderungen. Im Gesundheitswesen ergeben sich Parallelen zu den „Public Health-Wissenschaften“, die teils aus der Sozialmedizin, teils aus den Sozialwissenschaften hervorgegangen sind. Eine *Public Health Ethik* kann als Teilgebiet der Medizinethik, aber auch als Keimzelle einer noch zu entwickelnden *Gesundheitsethik* verstanden werden, die auch die Entscheidungsbedürfnisse des Managements von Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen berücksichtigen würde. Ihr Gegenstand ist die Gesundheit ganzer Bevölkerungen bis hin zur Weltbevölkerung (im Rahmen der WHO). Im Unterschied zur am Patienten orientierten Medizin ist sie an Kollektiven orientiert. Damit kann sie in schwerwiegende Konflikte mit den Interessen und Bedürfnissen von Einzelpersonen geraten.

Auf Kollektive (Bevölkerung) und Institutionen, zum Beispiel Krankenhäuser, sind auch die verschiedenen Ansätze der *Wirtschafts- und Unternehmensethik* bezogen. Auch hier haben sich inzwischen Lehrstühle und Institute etabliert, so dass in der akademischen Ausbildung der Volks- und Betriebswirte und in deren Berufsverbänden ethische Themen zunehmend aufgegriffen werden. Für das Management der Gesundheitsberufe sind diese Entwicklungen sehr interessant. In ihren Berufsfeldern, beispielsweise im Krankenhausmanagement, wachsen die Erfordernisse öffentlicher Legitimation angesichts zunehmender privatwirtschaftlicher Initiativen der Gesundheitsfürsorge. Die Entwicklung der *Gesundheitswirtschaft* zeigt Möglichkeiten und Erfordernisse neuer Versorgungskonzepte jenseits der herkömmlichen sozialpolitischen Gesundheitssysteme. Diese Entwicklung wird unvermeidlich von ethischen Diskursen begleitet werden. In ihnen wird um die Legitimität dieser Entwicklungen ebenso gerungen werden wie um die Legitimität jener Initiativen, die sich ihnen entgegenstellen.

2.10 Wirtschaftsethik und der MBA-Eid

Von guter Medizin kann letztlich nur gesprochen werden, wenn eine hohe Qualität und Ethik der Medizin gewährleistet ist. In diesem Sinne sind Ethik und Medizin eigentlich untrennbar, bzw. Ethik ist ein immanenter Bestandteil guter Medizin. Im Bereich der Wirtschaft und insbesondere im Bereich der Betriebswirtschaft ist die Situation komplexer. Eines der originären Ziele der praktischen Betriebswirtschaft ist der Aufbau und die Vermehrung des verfügbaren Kapitals. Erfolgreiche Betriebe können dabei durchaus ganz frei von Ethik sein. In bestimmten Konstellationen sind Unternehmen sogar wirtschaftlich besonders erfolgreich, weil sie auf Ethik verzichten. Hierfür gibt es unzählige Beispiele in der Geschichte des Handels, wobei zwar teilweise durch unlauteren Handel nur kurzfristige Erfolge erreicht werden, nicht selten aber dubiose Geschäftsmodelle auch langfristig wirtschaftlich erfolgreich sind (vgl. die Bankenskandale u.a., die sich teilweise nur als Spitze des Eisberges verstehen lassen). Diese Beobachtungen lassen sich auch in der Geschichte des Gesundheitswesens machen, in der es zahlreiche Beispiele von Korruption, Über-, Unter- und Fehlbehandlung gibt die wirtschaftlich motiviert waren.

Insgesamt lässt sich also feststellen, dass die Berücksichtigung ethischer Ideale und wirtschaftlichen Erfolges zwei getrennte Dimensionen sind, die in einem Unternehmen durchaus diametral ausgeprägt sein können.

Wirtschaftlicher Erfolg und Ethik können in einem Unternehmen diametral ausgeprägt sein.

Gute Medizin ist nur mit einer ausgeprägten Ethik möglich.

Ein Krankenhaus kann (auch/gerade) ohne Ethik wirtschaftlich erfolgreich sein, dann macht es aber keine gute Medizin.

Es stellt sich also die Frage, ob es eine Wirtschaftsethik überhaupt gibt *oder* ob Ethik der Wirtschaft entgegengesetzt wird, um diese zu sozial verträglich zu regulieren. Der Frage, ob Ethik den wirtschaftlichen Erfolg im Krankenhaus bremst oder fördert, widmet sich Kapitel 6.

Zumindest lässt sich feststellen, dass vielen Menschen das Bestreben selber ethisch zu handeln tief innewohnt und hiervon sind auch Kaufleute, Prokuristen oder Manager nicht ausgenommen. So wurde bereits in der Antike das Leitbild des ehrbaren Kaufmannes geprägt, das letztlich einer Art ethischen Berufsordnung für den Handel entspricht. Aus einer jüngeren Auseinandersetzung mit der Notwendigkeit ethischen Verhaltens

des Managements ist der MBA-Oath hervorgegangen, ein Ethik-Gelöbnis, das an der Harvard School of Management entwickelt wurde und in Anlehnung an den Hippokratischen Eid Strahlkraft auf das internationale Management entfalten soll. Ethik ist also auch dem Management und der Betriebswirtschaft nicht grundsätzlich fremd, wie auch die vielen Lehrstühle für Wirtschaft- bzw. Unternehmensethik zeigen, trotzdem spielt im Bereich der Wirtschaft häufig der rechtliche Rahmen die entscheidende Rolle, wohingegen ethische Überlegungen meist nur bedingt Wirksamkeit entfalten.

The MBA Oath – Responsible Value Creation (Short Version)

As a manager, my purpose is to serve the greater good by bringing together people and resources to create value that no single individual can build alone. Therefore I will seek a course that enhances the value my enterprise can create for society over the long term. I recognize that my decisions can have far-reaching consequences that affect the well-being of individuals inside and outside my enterprise, today and in the future. As I reconcile the interests of different constituencies, I will face difficult choices.

Therefore I promise:

1. I will act with utmost integrity and pursue my work in an ethical manner.
2. I will safeguard the interests of my shareholders, co-workers, customers and the society in which we operate.
3. I will manage my enterprise in good faith, guarding against decisions and behavior that advance my own narrow ambitions but harm the enterprise and the societies it serves.
4. I will understand and uphold, both in letter and in spirit, the laws and contracts governing my own conduct and that of my enterprise.
5. I will take responsibility for my actions, and will represent the performance and risks of my enterprise accurately and honestly.
6. I will develop both myself and other managers under my supervision so that the profession continues to grow and contribute to the well-being of society.
7. I will strive to create sustainable economic, social, and environmental prosperity worldwide.
8. I will be accountable to my peers and they will be accountable to me for living by this oath. This oath I make freely, and upon my honor.

Entwickelt an der Harvard School of Management, 2009

Weiterführende Literatur

Anderson M, Escher P (2010) The MBA Oath: Setting a Higher Standard for Business Leaders. Portfolio Hardcover New York

Beauchamp TL, Childress JF (2013) Principles of Biomedical Ethics, 7 ed. Oxford University Press New York

Höffe O (2002) Medizin ohne Ethik? Edition Suhrkamp Frankfurt/Main

Maio G, Vossenkuhl W (2012) Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin: Ein Lehrbuch. Schattauer Stuttgart

Ulrich P (1998) Integrative Wirtschaftsethik: Grundlagen einer lebensdienlichen Ökonomie. Haupt Verlag Bern, Stuttgart, Wien

Rabe M (2009) Ethik in der Pflegeausbildung. Huber Bern

Zitierte Literatur

Beauchamp TL, Childress JF (1989) Principles of Biomedical Ethics, 3. ed. Oxford University Press, New York

Habermas J (1992) Erläuterungen zur Diskursethik. S. 12–14. Suhrkamp Frankfurt/Main

3 Ethische Herausforderungen im Krankenhaus

In diesem Kapitel werden die nach unserer Erfahrung wichtigsten ethischen Herausforderungen und Konflikte im Krankenhaus beschrieben. Wichtig ist dabei, dass diese Themen anderer Art sind als es nach der Lektüre akademischer Ethik-Literatur zu erwarten ist. An erster Stelle steht das Thema „Wertschätzung“ innerhalb der Mitarbeiterschaft einschließlich der Führungskräfte, das mehr ist als ein psychologisches oder kommunikatives Phänomen. Das von einer Klinik repräsentierte Menschenbild in Medizin und Pflege hat insofern einen „ethischen Kern“, als es die praktizierte Wertschätzung gegenüber den Patienten in allen Aspekten der Behandlung und Betreuung zum Ausdruck bringt. Therapieentscheidungen sind zweifellos ein zentrales ethisches Themenfeld, insbesondere dann, wenn es um Fragen des Lebenserhalts und des Therapiemaßes geht. Schließlich stellen die Konflikte zwischen medizinethischen Prinzipien und Unternehmensinteressen eine wachsende, auch auf gesellschaftlicher Ebene ungelöste ethische Herausforderung dar.

3.1 Einleitung

Ethische Herausforderungen im Krankenhaus können vielerlei Gestalt annehmen. Sie können sich um die Frage drehen, welche Art der Behandlung eines Patienten gewählt werden soll. Es kann darum gehen, wie grundlegende ethische Normen geschützt werden, sei es in der Patientenversorgung, im Personalmanagement, im Umgang miteinander oder im Umgang mit den Trägern, den Krankenkassen oder Zulieferern. Es kann

sich um Ziele und Zielkonflikte des Managements handeln oder um den Charakter des Medizin- und Pflegekonzepts.

Für die Praxis ist es dabei nicht wichtig, ob „Ethik“ im Sinne akademischer Modelle korrekt bestimmt wird. Eher geht es um Antworten auf grundlegende Fragen zur Medizin, zur Patientenversorgung, zur Gestaltung des Klinikalltags, zur Organisation, zur Kultur. Dabei muss nicht immer explizit von Ethik die Rede sein. Viele Phänomene haben eine ethische Dimension, werden aber unter anderem Namen thematisiert. Dies gilt unter anderem für das Bild vom Patienten, das dem bevorzugten medizinischen Stil zugrunde liegt. Sieht man ihn eher als ein reparaturbedürftiges Objekt? Wird man seinem Person-sein gerecht? Werden spirituelle Phänomene berücksichtigt? Geht man achtsam miteinander um? Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass alle Mitarbeiter eines Klinikums dasselbe verstehen, wenn von Ethik die Rede ist. Deshalb ist die konkrete Verständigung so wichtig. Mit ihr beginnt das Thema „Wertschätzung“ genauso wie mit dem Grüßen, d.h. der Wahrnehmung und Achtung des Gegenübers.

3.2 Wertschätzung als moralisches Phänomen und als ethische Herausforderung

Eine ethische Herausforderung lässt sich im Kern daran erkennen, dass ein gefühlter oder empfundener Konflikt oder eine Kommunikation vorliegt, der oder die einen nicht kalt lässt, Emotionen freisetzt, Motivationen beeinflusst, Identifikationen fördert oder mindert, Zustimmung und Unterstützung oder Streit und Widerstand erzeugt. Erfolgreiche Führung setzt die Wahrnehmung moralischer Phänomene und ihre nachfolgende ethische Reflexion voraus, damit die Anvertrauten („die Mitarbeiter“) sich mit ihren Aufgaben und Handlungen identifizieren können. Dies gelingt nur, wenn die Selbstachtung der Personen nicht verletzt wird. Von daher ist es verständlich, wenn in der Praxis ein Thema in den Vordergrund rückt, welches in der akademischen Ethik eher vernachlässigt wird: Wertschätzung.

> *„Eine Kommunikation nimmt moralische Qualität an, wenn und soweit sie menschliche Achtung oder Missachtung zum Ausdruck bringt.“ „Moral hat daher (...) eine Tendenz, Streit zu erzeugen oder aus Streit zu entstehen und den Streit dann zu verschärfen. Moral ist polemogener Natur. Wer immer bei Meinungsverschiedenheiten moralisch argumentiert, setzt seine Selbstachtung ein, um seinen Anforderungen und Argumenten Nachdruck zu verleihen. Es fällt dann schwer, den Rückzug anzutreten (...) So können Steppenbrände entstehen.“ (Luhmann 1989)*

Für klinische Ethik-Projekte, die oft mehrere Jahre lang durchgeführt werden, empfiehlt es sich, mit empirischen Methoden die vorhandene Kommunikationskultur und die aktuellen Konfliktfelder zu erfassen. Dies geschieht durch die Befragung von Mitarbeitern, durch zusätzliche offene Gesprächskreise, Mitarbeiterversammlungen, Vorträge und Diskussionsveranstaltungen zu ausgewählten Themen, durch Sprechstunden und durch teilnehmende Beobachtung an den Arbeitsabläufen. Hinzu kommt das Studium von Dokumenten, seien es Unternehmensgrundsätze, Patientenakten, Berichte des Qualitätsmanagements, Fehlermeldungen usw. Befragt man die Mitarbeiter danach, was sie sich von einem Ethik- Projekt erhoffen würden so muss davon ausgegangen werden, dass die wenigsten Mitarbeiter sich anfangs etwas unter einem „Ethik-Projekt“ vorstellen können und dass der wichtige Unterschied zwischen Ethik und Moral nicht bewusst ist. Wenn aber *eine* Erwartung immer wieder an erster Stelle genannt wird so heißt diese „mehr Wertschätzung“. Wertschätzung ist der Schlüssel zum Zugang der Führungskräfte zu ihren Mitarbeitern, die ein sehr feines Gespür dafür haben, ob diese „echt“ gemeint ist oder instrumentell eingesetzt wird.

> *Wertschätzung ist der Schlüssel für den Zugang der Führungskräfte zu ihren Mitarbeitern.*

Gefühle mangelnder Wertschätzung entstehen, wenn man etwas „ist“, „gibt“ oder „erreicht“, dessen Wert von anderen nicht gewürdigt zu werden scheint. Diese Achtung erwarten zumeist Mitarbeiter von ihren Vorgesetzten. Aber auch Führungskräfte an der Spitze eines Hauses oder Unternehmens kennen das Gefühl nicht wertgeschätzt zu werden.

Wertschätzung für die Geschäftsführung?

In einem seit Jahren schwer defizitären Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung wird ein neuer Geschäftsführer eingestellt. Seitens des kommunalen Krankenhausträgers besteht der wichtigste Auftrag des Geschäftsführers darin, die drohende Insolvenz abzuwenden, um so die Patientenversorgung in der Region und die Stellen der Mitarbeiter zu sichern. Mit Hilfe verschiedenster Maßnahmen zur Effizienzsteigerung und Erlösoptimierung zu denen auch ein Neubauprojekt gehört, gelingt es schließlich, das Haus innerhalb einiger Jahre aus den roten Zahlen zu führen. Die Mitarbeiterschaft, die lokale Presse und die politische Opposition fokussieren aber auf die Einsparungen von Personal und Versorgungsangebot. Der Geschäftsführer gilt trotz des wirtschaftlichen Erfolges und trotz der damit verbundenen Sicherung des generellen Versorgungsangebotes und der Arbeitsplätze als extrem unbeliebt. Auch wenn er sich dies

nicht anmerken lässt, spürt er doch diese Ablehnung. Gefühle von Verbitterung stellen sich ein, er fühlt sich unfair und ungerecht bewertet.

Ethik-Projekte werden unter anderem wegen derartiger Phänomene ins Leben gerufen. Wie in dem oben beschriebenen Beispiel aus England (vgl. Abschnitt Staffordshire-Scandal, Kap. 1) birgt die Konzentration der Führungskräfte auf „Zahlen, Daten und Fakten“ die Gefahr, dass die Dimensionen der Kultur, der Kommunikation und der Ethik aus dem Blick verloren wird.

Ethische Probleme aus einer Befragung von Führungskräften und Mitarbeitern eines Klinikums der Maximalversorgung

- Wertschätzung: Mitarbeiter fühlen von Vorgesetzten nicht genügend anerkannt.
- Wertschätzung: Führungskräfte fühlen sich von Nachgeordneten nicht genügend anerkannt.
- Wertschätzung: Patient steht nicht wirklich im Zentrum!
- Patientenrechte und Menschenrechte in der Praxis oft vergessen!
- Wahrung der Intimsphäre ist zu achten
- Aufklärung defizitär
- „Ethik und Ökonomie ist Zentralthema.“
- Erhöhte Aggressivität von Diagnostik, Behandlung, Umgang und Sprache
- Wirtschaftlichkeitsdruck mindert Qualität der Versorgung
- „Sinnlose Medizin“- Maß der Therapie soll präziser bestimmt werden
- „Ich rette sterbende Patienten vor dem Haus“ (Palliativ)
- „Die Medizin folgt dem Geld – Ökonomisierung sehe ich mit Sorge.“
- DRG-Optimierung bestimmt Diagnosen, Indikationen, Entlasszeitpunkt
- Ehrliche Dokumentation leidet
- Mikrobiologische Diagnostik nur für Private unbegrenzt, für andere limitiert (MVZ). Dadurch ggf. Verzögerungen in der Behandlung und ggf. mehr Fehler.
- Abrechnungsüberlegungen beeinflussen Indikationsstellung in Palliativmedizin: „Mehrleistung i.S. von Überschreitung der Pflegetage führt zu Rückzahlungszwang, d.h. erzielte Überschüsse gehen verloren. Palliativbetten müssen oft trotz Wartelisten freigehalten werden! Die Medizin muss dem Geldrahmen folgen- nicht umgekehrt.“
- „Palliativmedizin wird behindert durch Kassen und Controlling.“
- Fall X- Ambulanz: Erst die Finanzierung, dann erst die Behandlung!

3.3 Unternehmensleitbild und Menschenbild der Medizin

Der originäre Auftrag von Krankenhäusern ist die gute medizinische Versorgung von Patienten. Alle Führungskräfte im Krankenhaus müssen letztendlich diesem zentralen Ziel, dem Sachziel, dienen. Dazu ist es erforderlich, „die Medizin“ zu kennen, ihre Entwicklungen zu verfolgen und dies nicht nur technisch und ökonomisch, sondern auch moralisch zu bewerten. Darüber hinaus kann ein Unternehmensleitbild ein Menschenbild beinhalten, das im medizinischen Handeln berücksichtigt werden soll.

Ein Krankenhaus, das medizinische Versorgung leistet, muss sich am Entwicklungsstand der Medizin orientieren. Es sollen die medizinischen Methoden und Verfahren zum Einsatz kommen, die in ihrer Wirksamkeit gut belegt sind. Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften geben Standards vor, nach denen die Behandlung zu erfolgen hat. Eine fortwährende Weiterbildung der Ärzte muss diese Entwicklungen aufnehmen. Dies ergibt sich aus der Verpflichtung zur Wahl jener Verfahren, die dem Patienten voraussichtlich am besten helfen und am wenigsten schaden.

Auf den ersten Blick gibt es nur *eine* Medizin. Die Medizinstudierenden werden mit ihr trainiert, geprüft, in die Praxis entlassen. Wer jedoch über das Pflichtprogramm der Medizin hinausschaut weiß, dass es verschiedene Modelle des Menschen in der Medizin gibt, die mit unterschiedlichen Haltungen und Handlungen der Ärzte, Therapeuten und Pflegenden verbunden sind. Wenn neben der naturwissenschaftlich-technischen Seite auch eine anthropologische Dimension der Medizin akzeptiert wird, stellen sich Fragen nach der Beachtung der vollen Existenz eines Menschen im Prozess der medizinischen Handlungen und Entscheidungen.

Krankenhäuser können sich dafür entscheiden, ob ein bestimmtes Menschenbild für ihre Mitarbeiter leitend sein soll. Dies wäre eine der grundlegendsten ethischen Entscheidungen der Träger und der Führungskräfte.

Krankenhäuser können sich hinsichtlich eines „Stils“ und einer „Kultur“ von Medizin und Pflege unterscheiden. Dieser beruht neben dem Wertekanon mancher Häuser auch auf unterschiedlichen Denkmodellen, Paradigmen genannt, die für die Praxis wichtig sind. Im Kern geht es dabei um die Frage, ob und wieweit technische Arbeitsprozesse eingebettet sind in eine Versorgungskultur, in der die Person des Patienten gesehen wird oder nicht. „Personalisierte Medizin“, die heute von der molekularen und

sozialepidemiologischen Forschung angestrebt wird, wird schon wesentlich länger von der „anthropologischen Medizin" und von Teilen der „Psychosomatik" als Anspruch verfolgt. Hier geht es aber nicht primär um das menschliche Genom und Epigenom (das auch Einflüsse der Umwelt und des Verhaltens auf Gesundheit und Krankheit berücksichtigt), sondern die Person des Kranken mit ihrer Lebensgeschichte, ihren Zielen und Bedürfnissen soll im Mittelpunkt der Fürsorge stehen. Wenn in der Gesundheitspolitik und in zahllosen Klinikleitbildern davon die Rede ist, dass der Mensch im Mittelpunkt stehe, dann müsste das Haus mit allen in ihm Arbeitenden genau dafür sorgen. Wenn aber das Finanzierungssystem eine maximale Beschleunigung der Versorgungsprozesse belohnt und die Liegezeit der Patienten im Krankenhaus immer weiter reduziert wird, dann wird „Reparaturmedizin" betrieben, zu Lasten einer echten personalisierten Medizin.

Was allgemein zu den Selbstverständlichkeiten einer menschenfreundlichen Medizin zählt wird heute für das Krankenhaus immer schwerer umzusetzen, weil Personal- und Zeitverknappung diese Form von Versorgung extrem erschweren. Umso größer ist die Herausforderung aller Verantwortlichen, sich diesem Trend zu widersetzen und sich für die Sicherstellung des Prinzips „Patient im Mittelpunkt" einzusetzen.

> *„Aber folgendes dürfte unverzichtbar sein: Verständnis und Einfühlungsvermögen, Gesprächsbereitschaft und Geduld, die Fähigkeit zuzuhören und Mut zu machen sowie die Bereitschaft, seelische Probleme nicht bloß zu ‚somatisieren', indem Gefühle wie Angst und Hoffnungslosigkeit kurzerhand als Depression etikettiert werden, die nur mit Psychopharmaka zu behandeln sind." (Höffe 2002)*

> *„Ohne Zuwendung ist alles nichts- Für eine Medizin der Zwischenmenschlichkeit. Zuwendung als Anerkennung des Patienten in seiner Unverwechselbarkeit. Medizin als Verbindung von Sachlichkeit und Zwischenmenschlichkeit." (Maio 2016)*

Aktuelle Interviews mit Ärzten zeigen, dass für so viel Eingehen auf die Person des Patienten die Zeit und die Kontinuität der Zuständigkeiten nicht hinreichend gegeben sind. Die Ursache hierfür liegt im politisch bestimmten Finanzierungs- und Steuerungsmodell. Wenn die Aussage von T. v. Uexküll und T. Wesiack über die Humanmedizin zutrifft, dass „die Reduktion des Menschenbildes auf die mechanischen Zusammenhänge mit der Person des Patienten auch die Persönlichkeit des Arztes entwertet", dann handelt es sich um eine ethische Herausforderung. Es wird hier verständlich, dass die wachsende Außensteuerung der Medizin sowohl unter juristischen als auch unter gesundheitsökonomischen Kon-

zepten von einer wachsenden Zahl von Ärzten, Therapeuten und Pflegenden als Demütigung, als Entwertung, als fehlende Wertschätzung erlebt wird. Dies dürfte ein Grund sein für die schwindende Attraktivität des Arbeitsplatzes Krankenhaus.

Viktor von Weizsäcker und die anthropologische Medizin

Die Tradition der „anthropologischen Medizin" geht u.a. auf Viktor von Weizsäcker zurück. In seinen Texten geht es auch um die Ethik ärztlichen Denkens und Handelns. Dabei taucht der Begriff Ethik kaum auf. Diese ist quasi eingebettet in das hier entwickelte Menschenbild, das vom Arzt eine Verantwortlichkeit einfordert, die es zu einem unverzichtbaren Bestandteil seines Auftrages macht, den Patienten als Person einschließlich ihrer Biografie wahrzunehmen. Uexküll und Wesiack schreiben in diesem Sinne: „Ärztliche Ethik meint Verantwortung vor der irreversiblen Geschichte eines jeden menschlichen Lebens."

Die Anthropologische Medizin kämpft um die Beachtung des Subjektstatus der Patienten. Dieser wäre dann nicht einfach als „Träger" seiner Krankheit, er wäre auch als „Subjekt" seiner Erkrankung zu sehen. Ein solches Verständnis prägt die „Form" der Medizin: „Ich glaube, dass die klinische Medizin im Kampf um ihre Form steht." Es macht einen Unterschied, ob das ausführliche Gespräch zwischen Arzt und Patient vom Hause aus gefordert und gefördert wird. Dies prägt das „Klima" eines Krankenhauses, seinen „Stil" oder seine „Kultur".

Kritisch äußert sich von Weizsäcker: „Im Krankensaal der Klinik gibt es ferner kein ordentliches Gespräch mit dem Kranken; die Kurve regiert die Stunde. Im Gespräch steckt aber das Subjekt, die Seele der Sache."

Das ethische Gebot zur Achtung der Autonomie des Patienten kann durchaus auch im Sinne v. Weizsäckers ausgelegt werden. Krankenhäuser, die Wert legen auf die Beachtung der Patientenrechte einschließlich des Rechts auf umfassende Information über Erkrankung und Therapie müssen genügend Zeit für Patientengespräche in ihre Prozessgestaltung einplanen. Und sie müssen darauf achten, dass die nötige Qualifikation für derlei Gespräche vorhanden ist. (v. Weizsäcker 1947)

Um der Verantwortung nicht nur der Ärzte, sondern aller Gesundheitsberufe gerecht zu werden muss dieses individuelle menschliche Leben wahrgenommen werden können. Dafür braucht es Zeit, Qualifikation, und organisatorische Unterstützung. In vielen Kliniken wird dies den einzelnen Personen überlassen, der Erfolgt ist abhängig von deren Persönlichkeit, Ressourcen und Engagement. Ziel einer patientenzentrierten Unternehmenskultur im Krankenhaus sollte es hingegen sein, die Verantwortung für eine „personalisierte Medizin und Pflege" auch in die Hände der Organisation und damit aller Führungskräfte zu legen. Der freie Dialog zwischen den patientennahen Berufen und dem Management

ist hier wichtig. Die Führungskräfte müssen wissen, was an der „Front der Versorgung“ faktisch geschieht und welche Probleme hier auftreten, um bei der Lösung derselben Unterstützung zu geben.

Ethik-Projekt am Klinikum Nürnberg

Das im Jahr 1999 gestartete „Ethik-Projekt am Klinikum Nürnberg“, einem der größten kommunalen Krankenhäuser Europas, verfolgte genau dieses Ziel einer Medizin, die der Person und dem Leben jedes einzelnen Patienten gerecht wird. Es ging auf die Initiative von Walter Gallmeiner zurück, damals Ärztlicher Vorstand und Chefarzt der Klinik für Hämatologie und Onkologie. Für Gallmeiner war es ein zentrales Anliegen, durch medizinische und pflegerische Ethik seine Vorstellung einer „Medizin nach Maß“ zu stärken, die zugleich eine „Beziehungsmedizin“ sein müsse. Zur heilkundlichen Aufgabe gehöre „... das Dabeisein, und zwar sowohl im Leben wie im Sterben“. Gallmeier betonte folgende Grundlagen seines Verständnisses von Heilkunde: „Naturwissenschaftliche Medizin, Realistische Medizin nach Maß, Beziehungsmedizin, anthropologische Medizin mit Blick in die Transzendenz.“

Im Ethik- Projekt Nürnberg ging es uns auch um die Stärkung dessen, was als „Seele der Heilkunde“ bezeichnet wurde. Diese wurde durch die zunehmende Außensteuerung der Medizin als gefährdet angesehen. Es war wichtig, dass diese schwer beschreibbare „Seele“ im Krankenhaus nicht zerstört wurde durch Managementprozesse, die primär durch ökonomische Vorgaben geleitet werden.

Ein Krankenhaus sollte nicht den Eindruck einer Spaßveranstaltung oder eines Wellness-Centers erzeugen. Die Gründe, die Menschen als Patienten hierherführen, sind für sie sehr ernst. Die Kultur des Hauses sollte dies respektieren. Auch das gehört zum Thema Ethik.

Das Krankenhaus als ein besonderer Ort

In dem amerikanischen Roman „Begegnung am Abend“ von Brian Morton (1999) findet sich die Beschreibung einer Szene, in der ein alter Mann seinen Freund in einer New Yorker Klinik besucht. Die hier prosaisch beschriebene Empfindung beschreibt das Phänomen Krankenaus besser, als es viele analytische Texte können. Sinngemäß heißt es: Immer wenn er in eine Klinik kam, da merkte er, hier ist etwas Besonderes, hier wird gestorben, hier wird geboren. So eine Klinik ist nicht einfach eine Fabrik, das ist etwas Besonders. „Hier liegt was Heiliges“ sagte er, „schwer zu beschreiben.“

Als Gegenbeispiel sei eine große Klinik in Norddeutschland erwähnt, die im Warteraum der Notaufnahme offenbar den Wartenden ein Unterhaltungsprogramm bieten will. Auch sterbenskranke Menschen, die hier manchmal sogar Stunden verbringen müssen, waren einem unter der Decke fest montierten

Bildschirm ausgesetzt, der ohne Pause ein Video zeigt, in dem sich mittelalterliche Figuren und Monster auf alle möglichen Weisen gegenseitig bekämpften und grausam töteten. Dazu lief der Ton eines Radioprogramms mit Musik und Werbung. Es war nicht möglich, diesen Bildern und dem Lärm auszuweichen. Das Personal der ZNA verfügte über keine Möglichkeiten zum Stopp der Sendungen. Das Qualitätsmanagement bedankte sich für die eingegangenen Beschwerden. Drei Wochen später lief dasselbe Programm immer noch.

Für kirchliche Krankenhäuser ist die Achtung des Subjekts ein Aspekt ihrer Profilierung. Kritisch fragt eine vom Katholischen Krankenhausverband und der Caritas geförderte Studie, „ob der Mensch als Subjekt und leidende Person in der nach ökonomischen Gesichtspunkten umstrukturierten Medizin überhaupt noch eine vorrangige Rolle spielt." Das Ergebnis ist nicht überraschend: „Die nach ökonomischen Gesichtspunkten durchgeführten Rationalisierungsmaßnahmen in der Medizin lassen für solche zeitaufwändige, den Patienten in seiner Subjektivität wahrnehmende Kommunikation immer weniger Zeit und Kraft." Die Studie schließt mit dem Hinweis, dass für kirchliche Krankenhäuser die „Wahrnehmung des Patienten als Subjekt (...) ein Wettbewerbsvorteil sein" kann.

Gesundheit als Potenzial

Neben dem „Menschenbild" in der praktizierten Medizin hat auch der „Gesundheitsbegriff" eine ethische Relevanz. Betrachtet man die Gesundheit als einen *Zustand* und den Menschen als ein Werkstück, das im Sinne eines Objekts umfassend bearbeitet werden kann, so ist der Patient wenig als Person beteiligt. Dann sollen Ärzte diesen Zustand möglichst umfassend zum Ziel ihrer Arbeit machen. Wird hingegen Gesundheit als *Potenzial* betrachtet, das sich aus biogenetischen und lebensgeschichtlich erworbenen Aspekten zusammensetzt, dann wird *Gesundheitsförderung* zu einem wichtigen Ziel der Medizin. Letztere wird zu einem Thema der Gestaltung kollektiver Lebensbedingungen und der individuellen Lebensführung des lebendigen Patienten. Aufgabe des Klinikpersonals wäre die Förderung dieses Potenzials. Ein wichtiges Medium ist das Gespräch. (Bircher u. Wehkamp 2006)

Es gibt durchaus Krankenhäuser in Deutschland, die seitens ihrer Führung und Organisation auf die Wahl grundlegender Paradigmen achten. Reha-Kliniken und Psychosomatische Kliniken sind hier besonders zu nennen. Ihr Konzept gibt der Arbeit mit den Patienten eine hohe Bedeutung. Der Achtung und Wertschätzung von Menschen wird jenseits der puren Behandlung ein hoher Stellenwert eingeräumt. Die ethische Herausforderung, in einer durch Technik und Ökonomisierung geprägten

Medizin den Bedürfnissen der Menschen nach Anerkennung, Empathie und Wärme gerecht zu werden wird auf diese Weise angenommen.

3.4 Ethische Konflikte im Rahmen von Diagnostik und Therapie

Entscheidungen über medizinische Maßnahmen werden von Ärzten und Pflegenden getroffen, wobei letztere häufig darüber entscheiden, wann ein Alarm ausgelöst wird und wann welche Ärzte gerufen werden. Alle diese Entscheidungen enthalten die Möglichkeit dem Patienten zu helfen oder ihm zu schaden. Dies gilt für jede Maßnahme und für jede Unterlassung. Deshalb müssen die Entscheider damit leben, dass sie sich durch ihre Entscheidungen schuldig machen können, gegenüber anderen und vor allem gegenüber sich selbst. Viele Entscheidungen sind nicht nur durch die aktuelle Situation des Patienten bestimmt, sondern auch durch die Erfahrung, Qualifikation und Persönlichkeit des Arztes und durch die Zusammensetzung der umgebenden Teams. Potentiell gibt es auch vielerorts eine Einflussnahme durch wirtschaftliche Anreize beziehungsweise die Verfügbarkeit von Ressourcen. Um gute Entscheidungen treffen zu können, ist deshalb die Fähigkeit zur Reflexion der zugrundeliegenden Kriterien von besonderer Bedeutung.

Wenn es gelingt, die Entscheidungsprozesse und Kriterien transparent zu machen und mit anderen Personen des Behandlungsteams zu besprechen, dann kann dies dem Patienten, der Teamkultur und dem Gewissen des Arztes und seiner Teammitglieder nützen. In klinischen Ethik-Projekten geraten häufig Situationen in das Blickfeld, in denen bösartige, chronifizierte Konflikte zwischen Mitarbeitern, Abteilungen und Berufsgruppen die Arbeit ganzer Stationen und darüber hinaus lähmen. Neben unangenehmen Auseinandersetzungen mit schlechter Ausstrahlung sind Krankmeldungen und eine hohe Personalfluktuation die Folge. Insgesamt leidet sowohl die Effektivität als auch die Effizienz. Ethik-Teams und Führungskräfte mit Ethik-Kompetenz können in solchen Fällen wertvolle Mediationen leisten. Gegenüber rein psychologischer Supervision besteht hier der Vorteil, dass die Probleme nicht als innerpsychische interpretiert werden, was beim Personal durch die damit verbundene Stigmatisierung oft Abwehrreaktionen hervorruft.

Besonders häufig finden sich Konflikte zwischen Ärzten und Pflegenden über Maß und Intensität von Maßnahmen, vor allem wenn es um Reanimationen, Intensivmedizin, Chemotherapie und eingreifende chirurgische Verfahren geht. Pflegende berichten in Ethik-Projekten häufig von Gewissenskonflikten, wenn sie helfend zu ärztlichen Handlungen hinzugezogen werden, die sie selbst für nicht angemessen halten. Störungen

der Zusammenarbeit entstehen, wenn Entscheidungsbegründungen nicht transparent sind. Ärzte klagen häufig über Pflegende, die ihre Arbeit sabotieren indem sie sie „auflaufen lassen." Ethikberatung, Fallbesprechungen und Möglichkeiten der Aussprache in Ethik-Cafés können für Klärungen sorgen, die das Arbeitsklima und letztlich die Patientenversorgung positiv beeinflussen.

Oft sind es ganze Kliniken, Institute oder andere Abteilungen des Krankenhauses die sich in Ethik-Projekten einbringen, um sich Hilfe bei der Lösung chronischer Konflikte zu holen. Führungskräfte in ihrer Verantwortung für die Effizienz und Effektivität der Abläufe und für das Personalmanagement sollten von solchen Ressourcen Gebrauch machen.

3.5 Grundkonflikt zwischen Medizinethik und betriebswirtschaftlichen Unternehmenszielen

Krankenhäuser, in Europa einst als konfessionelle Pflegestätten und Orte christlicher Barmherzigkeit eingerichtet, wurden im 19. Jahrhundert Orte der Medizin. Bis heute wurden sie zunehmend in staatliche Rechtsordnungen und politisch gestaltete Gesundheitssysteme eingebettet. In Deutschland wurde schrittweise nahezu die gesamte Bevölkerung mit dem Anspruch auf eine dem Stand der medizinischen Wissenschaft gemäße Versorgung ausgestattet. Krankenhäuser haben diesen Auftrag mit zu erfüllen. Für die Bevölkerung wird dabei nicht nur der technische Aspekt der Medizin bereitgestellt, sondern auch ihre sozialpolitischen und ethischen Grundsätze. Unbestritten sollen die Kliniken dem Wohl des Patienten dienen und der Bevölkerung einen Ort der Daseinsfürsorge bieten. Dabei wurde die Entwicklungs- und Steuerungshoheit für die Medizin bis vor wenigen Jahren den Ärzten überlassen.

Diese Hoheit wurde im neuen Jahrtausend schrittweise in die Hände betriebswirtschaftlicher Fachkräfte gelegt. Die Binnensteuerung der Medizin wurde – nicht nur in Deutschland – schrittweise durch eine mehr oder weniger gesundheitsökonomische Steuerung ersetzt. Die Chefärzte und Pflegedirektoren wurden kaufmännischen Vorständen bzw. Geschäftsführern unterstellt. Diese wurden mit dem Auftrag versehen, Unwirtschaftlichkeit zu beseitigen, die Effizienz und Effektivität der Versorgungsprozesse zu steigern und letztendlich die Kostenentwicklung in Schranken zu weisen. Mit den privatwirtschaftlich aufgestellten Krankenhauskonzernen wurde dann auch das Ziel der Erwirtschaftung von Renditen verbindlich.

Was den leitenden Ärzten nicht gelungen war, sollten nun „ökonomische" Führungskräfte leisten. Dazu mussten aus den Kranken*anstalten* Gesund-

heits*unternehmen* werden, die Verwaltungen mussten sich in vorausschauendes Management verwandeln und das Gesundheitssystem wurde tendenziell in einen Gesundheitsmarkt umgewandelt. Seitdem Krankenhäuser dem Wettbewerb ausgesetzt sind und insolvent werden können ist eine betriebswirtschaftlich erfolgreiche Führung die Voraussetzung ihrer Zukunftssicherung geworden. Der Erhalt der wirtschaftlichen Grundlagen und darin eingeschlossen die Erwirtschaftung von Gewinnen zur Sicherung notwendiger Investitionen ist aus sozialethischer Sicht ein ebenso wertvolles Ziel wie die Ermöglichung eines hochwertigen, aber zugleich für die Bevölkerung finanzierbaren Gesundheitssystems.

Krankenhäuser haben somit einen doppelten Auftrag. Zum einen sollen sie hochwertige Medizin für alle Menschen bereitstellen, die dieser bedürfen. Zum anderen sollen sie Kernbestandteil eines politisch gestalteten Gesundheitssystems sein, das an den Interessen der ganzen Bevölkerung orientiert ist. Das Gesundheitssystem wiederum wurde zunehmend in die Hände privatwirtschaftlicher Anbieter gegeben, so dass neben einer Gewinn- auch eine Profitorientierung zu den Zielen vieler Krankenhäuser hinzugefügt wurde. Fortan sind alle Mitarbeiter, besonders aber alle Führungskräfte des Krankenhauses auf medizinische und medizinethische Ziele verpflichtet, zugleich aber auch auf betriebswirtschaftliche. Damit ist strukturell ein Ziel- und Wertekonflikt Bestandteil der alltäglichen Führungsarbeit, und es zeigt sich, dass ein sehr großer Teil der Kliniken dieser Herausforderung nur sehr unzureichend gewachsen ist (s. Abb. 3).

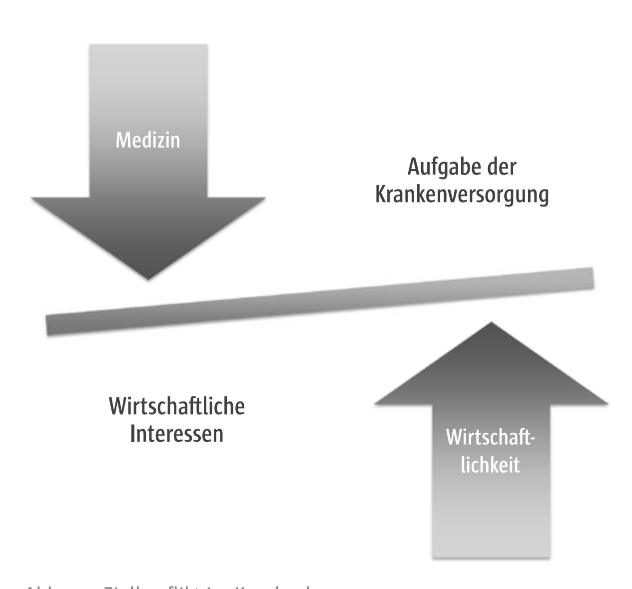


Abb. 3 Zielkonflikt im Krankenhaus

Beide Seiten – die der Geschäftsführung und die medizinische – wissen sehr häufig nicht, wie ihre jeweiligen Ziele konkret umgesetzt werden können, ohne sich gegenseitig ins Gehege zu kommen. Wie können die Ziele „wirtschaftliche Existenzsicherung des Unternehmens“ und „bestmögliche Versorgung von Patienten“ optimal balanciert werden? Die Lösung der Aufgabe wird leichter indem man sich klarmacht, dass sich an dieser das Management fordernden Schnittstelle auch um eine Schnittstelle zweier grundlegender unterschiedlicher ethischer Denkmodelle handelt: Prinzipienethik (Deontologie) versus Nutzenethik (Utilitarismus) (s. Kap. 2). Die „hippokratische“ Medizin verlangt die strikte Befolgung ihrer Grundsätze, vor allen zum individuellen Patientenwohl einschließlich der Schadensvermeidung. Unternehmensführungen sollen diese Ziele zwar auch für das gesamte Klinikum übernehmen, werden aber zuerst an wirtschaftlichen Erfolgszahlen gemessen. Die Finanzierungsordnung im Gesundheitswesen und in der Gesundheitswirtschaft erzwingt die Dominanz betriebswirtschaftlicher Ziele, die gleichwohl auf rechtlicher Seite nicht zu Lasten des Patientenwohls gehen sollen.

Faktisch besteht in Deutschland zwischen dem Wohl des Patienten und dem Wohl des Krankenhausunternehmens keine grundsätzliche Harmonie. Konflikte um knappe Mittel, Personalengpässe, Investitionsstaus führen auf Seiten der Patientenversorgung immer wieder zu Mangelsituationen, verdeckten Rationierungen (zum Beispiel von Zeit) und Konfrontationen zwischen Ärzten, Therapeuten und Pflegenden auf der einen und dem kaufmännischen Management auf der anderen Seite. Auf der anderen Seite besteht die Gefahr der angebotsinduzierten Überversorgung, wenn Mengenausweitungen aus betriebswirtschaftlichen Gründen angestrebt werden. Der Kern dieser Konflikte ist *ethischer Natur*, der sich mit der wissenschaftlichen Gesundheitsökonomie und der herkömmlichen Betriebswirtschaft niemals allein lösen lässt. Es braucht ethisches Wissen und Ethik-Kompetenz um in den unvermeidbaren Situationen des Dilemmas entscheidungsfähig zu bleiben. Die Zwickmühlen, in denen sich die Krankenhäuser befinden, lassen sich weder rein medizinethisch noch rein ökonomisch auflösen. Kompromisse müssen gefunden und der Mitarbeiterschaft überzeugend vermittelt werden. Vor allem braucht es belastbare Wege des wechselseitigen Informationsaustauschs, der Transparenz und eine Kultur des wechselseitigen Respekts.

Ethische Konflikte zwischen Medizin und Betriebswirtschaft

- ***Dürfen wirtschaftliche Ziele des Hauses die Diagnostik- und Therapieentscheidungen beeinflussen?***

- ***Wie sind Patienteninteresse und Unternehmensinteressen konkret zu balancieren?***
- ***Was darf eine Behandlung kosten? Wie viel Aufwand ist angemessen?***
- ***Was tun, wenn eine fachgerechte medizinische Behandlung dem Krankenhaus Defizite beschert?***
- ***Wie viel Geld aus den Gesamterlösen soll für das Personal und wie viel für Investitionen (z.B. in Medizintechnologie) ausgegeben werden?***
- ***Ist es akzeptabel, einem bedürftigen Patienten Behandlungen vorzuenthalten, um das Gesamtsystem bezahlbar zu halten?***
- ***Wie sind knappe Mittel innerhalb des Unternehmens zu verteilen? Nach welchen Kriterien?***

Die Möglichkeiten des Managements zur Lösung solcher konfliktträchtigen Fragen sollten allerdings nicht überschätzt werden. Das gesamte Problemfeld „Medizinethik- Betriebswirtschaft- Volkswirtschaft-Gesellschaft" muss sich diesen Fragen stellen. Mit der Medizinethik allein wird man nicht zurechtkommen. Auch in Wirtschaft Politik und Öffentlichkeit muss die Frage gestellt werden, wie viel die Gesundheit der Menschen der Gemeinschaft „wert" sein soll, was in der Verantwortung des Einzelnen oder der Gesellschaft liegt, welche Ziele die Medizin verfolgen soll, wie alt wir werden wollen, sollen oder gar dürfen- um welchen Preis und auf wessen Kosten.

Empfehlungen auf Basis eines Forschungsprojekts zur „Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus"

Es muss damit gerechnet werden, dass die Mittel – gemessen an der zunehmenden Inanspruchnahme der Krankenhäuser – weiterhin knapp bleiben. Deshalb wird es darauf ankommen, die medizinische und die wirtschaftliche Steuerung des Krankenhauses so zu gestalten, dass Rahmenbedingungen geschaffen werden, die es dem Arzt erlauben, patientenbezogene Entscheidungen zu fällen, die einerseits der Begrenztheit der Ressourcen Rechnung tragen und zum anderen ethisch vertretbar sind.

Allein auf der Ebene des Managements lassen sich die geschilderten Probleme jedoch nicht lösen. Aus unserer Sicht muss die Investitions-Finanzierung neu ausgerichtet werden, Überkapazitäten sollten beseitigt bzw. vermieden werden, die Grund- und Regelversorgung sollte neu definiert werden und die DRG- Bewertungsrelationen sollten an die Kostenstrukturen besser angepasst werden. Die Notfallambulanzen und die Extremkostenfälle sollten kostendeckend finanziert werden, die Dokumentation und Qualitätssicherung sollten vereinfacht und transparenter werden. (Naegler u. Wehkamp 2016)

Weiterführende Literatur

Deichert U, Höppner W, Steller J (Hrsg) (2016) Traumjob oder Albtraum? Chefarzt w/m. Springer Berlin, Heidelberg

Lohfert C (2013) Das medizinische Prinzip: Handbuch für das Krankenhaus der Zukunft. Albrecht Knaus Verlag München

Marckmann G (2015) Praxisbuch Ethik in der Medizin. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin

Pramstaller PP (2016) Rettet die Medizin. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin

Unschuld PU (2014) Ware Gesundheit: Das Ende der klassischen Medizin, 3. Auflage. C.H. Beck München

Zitierte Literatur

Bircher J, Wehkamp KH, (2006) Das ungenutzte Potenzial der Medizin. Rüffer und Rub Zürich

Höffe O (2002) Medizin ohne Ethik? Suhrkamp Frankfurt/Main

Luhmann N (1989) Gesellschaftsstruktur und Semantik. 361, 371. Suhrkamp Frankfurt/Main

Maio G (2016) Ohne Zuwendung ist alles nichts – Für eine Medizin der Zwischenmenschlichkeit. In: Deichert U, Höppner W, Steller J (Hrsg) Traumhob oder Albtraum - Chefarzt m/w. Springer Berlin Heidelberg

Naegler H, Wehkamp K-H, Auszug aus einem Vortrag im Rahmen der Berliner Wirtschaftsgespräche 16.11.2016

von Weizsäcker V (1947) Klinische Studien Stuttgart

4 Ethik managen

Warum Ethik managen? Ziele, Herausforderungen und Ansatzpunkte. Unternehmenskultur und Systemebenen der Ethik im Krankenhaus. Werkzeuge und Elemente des Ethik-Managements. Ethik-Kodex und Verhaltens-Kodex. Ethik-Beauftragter und Ethik-Berater. Ethik-Komitee. Aufmerksamkeit und Kommunikation. Evaluation, Kontrolle und Qualitätssicherung. Compliance und Umgang mit Regelverstößen. Spezielle Ethik-Projekte. Mitarbeiter als Ethik-Ressource. Führungskräfte und Bottom-up-Ethik. Integration und Interaktion mit anderen Strukturen und Prozesse im Krankenhaus wie Management, Qualitätsmanagement, Changemanagement, Evidenzbasierte Medizin, Partizipative Entscheidungsfindung und klinische Ethik.

4.1 Herausforderung und Ansatzpunkte für Ethik-Management

4.1.1 Warum Ethik managen?

In jedem Unternehmen gibt es eine Unternehmenskultur und in jedem Unternehmen treffen die Mitarbeiter Entscheidungen, die vielfach ethische Dimension haben und sich in der Summe als Unternehmensethik verstehen lassen. Die Unternehmenskultur und Unternehmensethik wird also von den Mitarbeitern gleichsam geprägt und getragen. Für die Unternehmensführung bieten sich zwei prinzipielle Möglichkeiten: Entweder wird die Unternehmenskultur und -ethik dem Zufall überlassen, oder sie wird durch gezielte Managementmaßnahmen geprägt.

Eine der grundlegendsten Maßnahmen zur Einflussnahme auf die Unternehmensethik ist dabei die Auswahl der richtigen Mitarbeiter. Wenigstens in diesem Sinne übt jedes Krankenhaus also organisatorischen Einfluss auf die Ethik im Unternehmen aus, wenngleich dies nicht immer gezielt erfolgt. Ethik-Management geht aber über intuitive, ungerichtete oder zufällige Maßnahmen hinaus. Das Konzept zielt auf einen Werkzeugkasten von Instrumenten und Elementen zur reflektierten, gezielten und systematischen Prägung der Unternehmenskultur und -ethik ab.

Die Vielzahl potentieller ethischer Ziel- und Interessenskonflikte zeigt, dass Krankenhäuser ihre Unternehmensethik nicht dem Zufall überlassen sollten (s. Kap. 3). Außerdem ist eine positiv gestaltete Ethik im Krankenhaus eine wichtige Grundlage für engagierte Mitarbeiter, zufriedene Patienten und nachhaltigen unternehmerischen Erfolg (s. Kap. 6). Wie aber Maßnahmen zur Verbesserung der Unternehmensethik praktisch umgesetzt werden können und ob diese überhaupt effektiv sind, erscheint vielen Krankenhausmanagern ungewiss. Dies ist unter anderem auf Erfahrungen mit unwirksamen Ethik-Projekten zurückzuführen, bei denen zwar formelle Ethik-Elemente in Teilaspekten eingeführt werden (z.B. ein Ethik-Codex, s.u.), die letztlich bedeutsamere informelle Ethik-Ebene aber nicht in ausreichendem Maße berücksichtigt wird. Für eine erfolgreiche Gestaltung und tiefe Implementierung von Ethik im Krankenhaus muss aber gerade diese informelle Systemebene berücksichtigt und durch gezielte Maßnahmen des Managements gestaltet werden.

4.1.2 Unternehmenskultur und Ethik-Systemebenen

Eine der wichtigen Voraussetzungen für erfolgreiches Management ist das Verständnis der komplexen Systemzusammenhänge, die innerhalb eines Unternehmens wirken. Dies gilt in besonderem Maße für die Gestaltung und Prägung der Unternehmenskultur und der Ethik in einem Krankenhaus, da diese sich in vielen Aspekten einer Objektivierung entziehen und auf einer interindividuell-systemischen Ebene wirken.

Die Unternehmenskultur lässt sich als ein Zusammenspiel von Traditionen, Werten, Normen, Verhaltensweisen und Denkmustern verstehen, die sich in und während der Interaktion der Mitarbeiter des Unternehmens ergibt. Die Unternehmenskultur prägt somit das Verhalten der Mitarbeiter sowohl innerhalb des Unternehmens, als auch nach außen. Die Unternehmenskultur spiegelt die gemeinsame Identität der Mitarbeiter des Unternehmens wieder und bietet einen gewissen Halt und eine soziale Ordnung. Wie auch die Kultur einer Region oder eines Staates, so ist auch die Unternehmenskultur ein dynamisches Konstrukt, das sich stän-

dig verändert und sich je nach Betrachtungswinkel anders darstellt. Relativ stabil sind aber die gemeinsam getragenen ethischen Werte und Grundüberzeugungen, die den Kern der Kultur bilden. Auch wenn diese mal mehr und mal weniger stark reflektiert werden, so stellen sie doch immer eine wichtige Grundlage für die Handlungen und Verhaltensweise der Menschen dar. Die Antwort auf die Frage nach dem „warum“, nach der Begründung für unsere Entscheidungen, Handlungen und Motivation hat im Wesentlichen ethische Dimensionen. Das Ethik-Management zielt mit seinen Maßnahmen zur Prägung von Werten und Normen also auf den Kern der Unternehmenskultur ab. Da die Ethik wesentlicher Bestandteil der Identität der Menschen ist, ist sie auch ein wichtiger Ansatzpunkt, um Verhalten und Interaktionen der Mitarbeiter bzw. die Unternehmenskultur positiv zu prägen.

Um Ethik in den Strukturen und Prozessen eines Krankenhauses erfolgreich zu verbessern, ist die Unterscheidung zwischen der *formellen* und der *informellen* Systemebene wichtig. Auf beiden Ebenen werden Werte und Handlungsnormen unterschiedlich kommuniziert, kontrolliert und sanktioniert (s. Abb. 4). Auch wenn sich beide Ebenen wechselseitig beeinflussen, können sie inhaltlich doch deutlich voneinander abweichen.

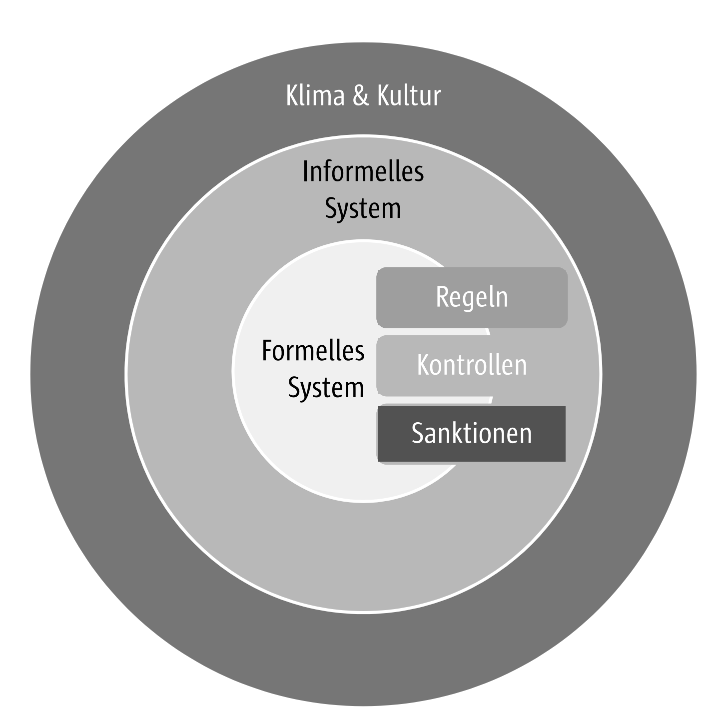


Abb. 4 Verschiedene Systemebenen von Ethik im Krankenhaus (modifiziert nach Tenbrunsel et al. 2003)

> Die formelle Ethik-Systemebene lässt sich analog zu den konstituierten Gesetzen und Strukturen in einem Staat verstehen – die alleinige Existenz der formellen Gesetze und die Existenz formeller Elemente zur Kontrolle der Einhaltung und Sanktionierung bei Regelverstoß lässt noch nicht zwingend darauf schließen, dass die Kontroll- und Sanktionierungselemente auch im Sinne der Gesetze Wirksamkeit entfalten. Die informelle, praktische Ebene der tatsächlichen Verhaltensweisen, der Kommunikation über informelle Regeln und der sozialen Reaktionen auf Regelverstöße kann also erheblich von der gesetzlichen, formellen Ebene abweichen.

Das formelle System steht im Zentrum der Unternehmensethik. Es besteht aus der offiziellen Kommunikation zur Unternehmensethik, aus den greifbaren, schriftlich fixierten bzw. konstituierten Regeln und den hierin festgesetzten Kontroll- und Sanktionsmechanismen für ethisches oder unethisches Verhalten. Hierzu zählt beispielsweise der Ethik- und Verhaltens-Kodex, aber auch Strukturvorgaben wie ein Ethik-Beauftragter oder die Definition seines Aufgabengebietes.

Das informelle System der Unternehmensethik beschreibt die Ebene der tatsächlichen Denk- und Verhaltensmuster der Mitarbeiter. Auch hier lässt sich differenzieren zwischen der informellen Kommunikation ethischer Inhalte sowie den Kontrollmustern und dem Sanktionsverhalten. Die informelle Kommunikation umfasst beispielsweise Aussagen und Gespräche von Mitarbeitern über ihre Handlungsintentionen. Unter Kontrollmustern und Sanktionsverhalten lässt sich der Umgang und die Maßnahmen einer Gruppe bei Verstoß gegen die formellen oder informellen ethischen Regeln verstehen.

> Einige Autoren sprechen auch von der formellen und informellen Ethik-*Infrastruktur*. Dieser Begriff ist aus Sicht des Qualitätsmanagements etwas irreführend, da im Qualitätsmanagement semantisch zwischen Strukturen, Prozessen und Ergebnissen differenziert wird. Das Ethik-System bzw. die Ethik-Infrastruktur umfasst aber nicht nur Strukturen, sondern auch Prozesse (Abläufe, Kommunikation etc.). Inhaltlich sind die Begriffe „Ethik-Infrastruktur" und „Ethik-System" aber weitestgehend gleichbedeutend und werden meist synonym verwendet.

Die formelle Ethikebene hat prinzipiell das Potential die informelle Ebene der tatsächlichen Denk- und Verhaltensweisen der Mitarbeiter des Unternehmens zu beeinflussen. Am wirkmächtigsten ist aber die informelle Ebene bzw. die Unternehmenskultur. Eine Unternehmenskultur oder informelle Ebene mit starker ethischer Prägung kommt auch ohne eine starke ethische Konstituierung auf der formellen Ebene aus. Andersherum

ist der Einfluss des formellen Ethiksystems auf die informelle, kulturelle Ebene begrenzt und erfordert ein nachhaltiges Vorgehen um erfolgreich zu wirken.

Wenn es eine signifikante Abweichung zwischen den formellen und den informellen ethischen Regeln und Verhaltensweisen gibt, so hat kann dies eine erhebliche Schwächung der Compliance der Mitarbeiter auch für andere Bereiche hervorrufen, da sich ein Verhalten etabliert, dass den fixierten, formellen Regeln keine Bedeutung und Autorität beimisst. Hier liegt ein wichtiger Fallstrick bei der Etablierung der Unternehmensethik mit potentiell weitreichenden Konsequenzen für die gesamte Unternehmenskultur.

Ein anschauliches Beispiel für die Diskrepanz zwischen der formellen und der informellen Unternehmensethik sind die Vorgänge, die sich in einigen Großbanken während der letzten Finanzkrise abgespielt haben. Hier hatte sich innerhalb einiger Manager-Gruppen ein eigenes, ungeschriebenes bzw. informelles Wertesystem entwickelt. Hierzu zählte unter anderem ein gruppeninternes Sozialverhalten, das demjenigen Anerkennung entgegenbrachte, der wirtschaftlich möglichst erfolgreich agierte – unabhängig von den angewandten Mitteln und Kollateralschäden. Die informellen Regeln und das eigene, gruppeninterne Kontroll- und Sanktionsverhalten begünstigte so ein Verhalten, das sich diametral zur formellen Unternehmensethik der Banken und der gesellschaftlichen Werte entwickelte.

4.1.3 Ziele und Herausforderungen des Ethik-Managements

Das Ziel des Managements von Ethik besteht darin, ethische Werte und Handlungsnormen innerhalb des Krankenhauses zu entwickeln und so das Verhalten der Mitarbeiter positiv zu prägen. Greifbar und verhältnismäßig einfach zu gestalten ist die formelle Ebene der konstituierten ethischen Inhalte. Noch wichtiger ist aber die Wirkung auf der informellen Ebene, die den gelebten Werten, Handlungen und Entscheidungen entspricht. Um die Ethik im Krankenhaus erfolgreich zu entwickeln, ist also sowohl eine konsequente Arbeit auf der formellen Ebene mit konsentierten Werten und Handlungsnormen wichtig, als auch eine konsequente Umsetzung auf der informellen Ebene. Hier tragen die Führungskräfte auf den verschiedenen Hierarchieebenen eine besondere Verantwortung. Sie müssen einen wesentlichen Beitrag leisten, um durch ihr angemessenes Verhalten die Ethik innerhalb des Krankenhauses vorbildlich zu prägen. Entsprechend hängt erfolgreiches Ethik-Management maßgeblich von Wille und Kompetenz der Führungskräfte ab, die entsprechend

die entscheidende Rolle bei der Prägung der Unternehmensethik einnehmen.

Wenn im Folgenden die wichtigsten Management-Instrumente zur Verbesserung und Prägung der Unternehmensethik dargestellt werden, so ist es hilfreich, sich die Zusammenhänge zwischen der formellen und informellen Systemebene stets vor Augen zu führen. Denn wie auch die Erfahrungen im angewandten Qualitätsmanagement zeigen, ist die schriftliche Fixierung von Strukturen und Prozessen nur der erste Schritt und ist nicht mit der praktischen Umsetzung gleichzusetzen. Die Kommunikation der ethischen Handlungsgrundsätze, die Kontrolle der Einhaltung und die Maßnahmen bei Verstößen müssen stets sowohl mit Bezug auf die formelle, als auch auf die informelle Ebene berücksichtigt werden.

Methodische Ansatzpunkte für das Management der formellen und informellen Ethik im Krankenhaus:

- *Kommunikation von Werten und Handlungsgrundsätze*
- *Kontrolle der Einhaltung*
- *Maßnahmen bei Regelverstößen*
- *Integration der Führungskräfte aller Hierarchieebenen*
- *Kontinuierliche Verbesserung der Ethik-Inhalte, -Strukturen und -Prozesse*

4.2 Werkzeuge und Elemente des Ethik-Managements

4.2.1 Ethik-Kodex und Verhaltens-Kodex

Was ist ein Ethik-Kodex? (Und was ist ein Verhaltenskodex?)

Ein Krankenhaus-Ethik-Kodex wird in erster Linie erstellt, um die ethischen Werte Prinzipien des Unternehmens darzustellen und hiermit den Mitarbeitern des Unternehmens Hilfestellung hinsichtlich der Unterscheidung zwischen erwünschten und unerwünschten Handlungsweisen zu geben. Der Ethik-Kodex ist somit das zentrale und wichtigste Dokument der Unternehmensethik, da es die Werte und Handlungsvorgaben schriftlich fixiert und dadurch konstituiert.

Mit deutlich längerer Tradition als im Unternehmenskontext gibt es allgemeine Ethik-Codices, die meist für bestimmte Schulen oder Berufsgruppen wie Ärzte oder Kaufleute ethische Vorgaben darstellen. Der berühmteste Ethik-Kodex ist der Hippokratische Eid, der im Altertum praktische Verhaltensvorgaben an die Ärzte der hippokratischen Schule und der folgenden ärztlichen Tradition formulierte (die genaue Entstehungszeit und Urheberschaft ist ungewiss, die

erste sichere Quelle stammt von ca. 100 v. Chr.). Das Genfer Gelöbnis, das sich auch in der Präambel der ärztlichen Berufsordnung in Deutschland findet, ist der aktuelle allgemeine Ethik-Kodex für Ärzte und wird weltweit verbreitet. Im wirtschaftlichen Bereich wurde lange Zeit das Leitbild des ehrbaren Kaufmannes propagiert, das ebenfalls ethisches Verhalten darstellt. Ein aktueller, wirtschaftsethischer Kodex ist der MBA-Oath, der an der Harvard School of Management entwickelt wurde. Für weitere Hintergründe siehe Kapitel 2.

In der unternehmensethischen Theorie wird häufig zwischen einem Ethik-Kodex und einem Verhaltenskodex unterschieden. Der Ethik-Kodex stellt dabei primär die der Ethik des Unternehmens zugrundeliegenden Werte, Normen und Prinzipien dar. Der Verhaltenskodex baut auf den Inhalten des Ethik-Kodex auf und macht Vorgaben für konkrete Handlungsweisen, die neben der ethischen Komponente häufig auch rechtliche Aspekte beinhalten. In der Praxis findet aber in der Regel keine Unterscheidung zwischen Ethik-Kodex und Verhaltens-Kodex statt, bzw. es finden sich häufig Dokumente die als *Ethik- und Verhaltenskodex* betitelt sind.

- ***Ethik-Kodex – Code of ethics: Darstellung von ethischen Werten, Normen, Handlungsprinzipien und Leitbildern.***
- ***Verhaltens-Kodex – Code of conduct: Vorgaben für konkrete Handlungsweisen mit ethischer und rechtlicher Legitimation, baut auf Ethik-Kodex auf.***
- ***Eine Differenzierung von Ethik-Kodex und Verhaltens-Kodex findet in der Praxis häufig nicht statt und ist auch nicht unbedingt nötig.***
- ***Einige Unternehmen betiteln das Dokument deswegen mit „Ethik- und Verhaltenskodex“.***

Ethik-Kodexe lassen sich somit dem Normativen Management zuordnen, d.h. dem Managementbereich, der Vorgaben für die generelle Ausrichtung des Unternehmens entwickelt. Wie auch für andere Vorgaben auf der Ebene des normativen Managements üblich, soll auch der Ethik-Kodex seine Wirkung auf die übrigen Managementbereiche, d.h. strategisches und operatives Management entfalten (vgl. Glossar St. Galler Management-Modell).

Inhalte

Es gibt keine formalen Vorgaben für Umfang, Gliederungsebenen oder konkreten Inhalt eines Ethik-Kodex und auch keine Vorgaben hinsicht-

lich einer Differenzierung zum Verhaltens-Kodex. Bewährt haben sich aber folgende typische Inhalte:

- Aufgabe und Sinn des Unternehmens: warum gibt es dieses Krankenhaus und welche Inhalte motivieren die Mitarbeiter?
- Zweck und Absicht: warum oder wofür gibt es diesen Ethik-Kodex?
- Legitimation, Autorisierung, Rolle der Führung: wer steht hinter dem Ethik-Kodex und wie wichtig ist seine Bedeutung?
- Referenz zum Unternehmenskontext: auf welche Unternehmensebenen bezieht sich der Ethik-Kodex?
- Darstellung und Erläuterung der Unternehmensethik: welche Werte und Prinzipien liegen der Unternehmensführung und der Patientenbehandlung zugrunde?
- Darstellung ethisch kritischer Bereiche: welche Unternehmens- und Versorgungsbereiche sind ethisch sensibel und werden durch welche Werte und Prinzipien besonders geschützt? (s. Kap. 3)

Teilweise werden diese Punkte noch um einen expliziten Bezug auf Corporate Social Responsibility (CSR) und Corporate Environmental Responsibility (CER) ergänzt (vgl. Glossar) und in der Regel sowohl intern kommuniziert als auch für die Außendarstellung verwendet.

Die folgenden fünf Punkte werden häufig im Rahmen eines kombinierten Ethik- und Verhaltens-Kodex ergänzt. In einigen Unternehmen werden diese aber auch als separater Verhaltenskodex formuliert, der dann wiederum teils nur intern veröffentlich wird:

- Darstellung, Begründung und Erläuterung konkreter erwünschter und unerwünschter Handlungsweisen, insbesondere für ethisch sensible Bereiche
- Darstellung etwaiger Kontrollmaßnahmen
- Darstellung etwaiger Sanktionen bzw. Konsequenzen bei Zuwiderhandlungen gegen den Kodex
- Ggf. Bezug auf rechtliche Aspekte, Berufsordnungen, andere Ethik-Kodices etc.

Die Trennung zwischen einem öffentlichen Ethik- und einem internen Verhaltenskodex ergibt sich in einigen Unternehmen aus der Sorge, dass die öffentliche Darstellung konkreter Verhaltens-, Kontroll- und Sanktionierungsvorgaben negativ auf die Außendarstellung wirken könnte. Diese Sorge ist nicht völlig unberechtigt, da konkrete ethische Regeln für kritische Bereiche zwar primär dazu dienen sollen Vertrauen herzustellen, es gleichzeitig aber unvermeidlich ist, in diesem Zuge auch auf die poten-

tiellen Probleme explizit hinzuweisen. Um dem vorzubeugen, sollte der Ethik-Kodex auf Aspekte mit potentiell negativen Interpretationsmöglichkeiten interner und externer Stakeholder analysiert und gezielt entschärft werden. Dies kann beispielsweise durch Formulierungen geschehen, die auf den präventiven Aspekt des Ethik-Kodex hinweisen und die zudem unterstreichen, dass das Krankenhaus hiermit aus eigener Motivation Verantwortung für die Beziehung zu Mitarbeitern und Patienten übernimmt. Eine transparente und öffentliche Darstellung sowohl der Werte als auch der Verhaltensvorgaben ist letztlich wünschenswert und sollte in der Regel für die Wirksamkeit förderlich sein.

Konsentierungsprozess und Quellen

Der Unternehmens-Ethik-Kodex sollte nach Möglichkeit mit Vertretern aller Berufsgruppen und Hierarchieebenen erarbeitet werden. Die Sammlung von Problemen und Ideen, die Diskussion, Bewertung und Konsentierung verbindlicher ethischer Regeln und Maßnahmen ergeben so die Grundlage des Ethik-Kodex. Entsprechend sind zusätzliche wirtschafts- und medizinethische Quellen für die inhaltliche Arbeit am Ethik-Kodex nicht immer nötig. Zuviel „Ethik-Wissen“ kann in der Frühphase der Entwicklung sogar kontraproduktiv sein, wenn dieses den Blick auf die eigenen, krankenhausspezifischen Probleme verwischt. Trotzdem erscheint es aus mehreren Gründen sinnvoll, zusätzlich anerkannte Quellen für Ethik-Konzepte zu berücksichtigen, bzw. professionelle Ethik-Kompetenz in den Entwicklungsprozess mit einzubringen (s. Kap. 7). So können die bewährten Ethik-Konzepte sowohl inhaltlich-normative als auch methodische Unterstützung bei der Einigung auf gemeinsame Regeln und Maßnahmen bieten. Hier bieten sich insbesondere ein Diskurs nach den biomedizinischen Prinzipien, aber auch die Konzepte der Deontologie und des Utilitarismus an (s. Kap. 2). Auch wenn ein Unternehmens-Ethik-Kodex sprachlich die eigenen Mitarbeiter erreichen muss, so sollte die gängige Begriffswelt der ethischen-wissenschaftlichen Begrifflichkeit nicht gänzlich verlassen werden oder zumindest eine kritische Reflektion über das Verhältnis zwischen eigener Formulierung und anerkannten Begriffen erfolgen. Dies ist vor allem wichtig, um sprachliche Missverständnisse zu vermeiden. Auch bezüglich der Legitimierung des entwickelten Kodex, bzw. um sein Gewicht zu erhöhen, kann ein expliziter Bezug auf tradierte Ethik-Konzepte oder -Kodexe unterstützend wirken. Je nach Setting, kann dies auch die Identifikation der Mitarbeiter mit dem Ethik-Kodex erhöhen (z.B. durch Bezug auf das Genfer Gelöbnis, den MBA-Oath oder christliche Ethik).

In diesem Sinne, sollten zumindest die Moderatoren des Konsentierungsprozesses einen Überblick über die gängigen medizinethischen Konzepte haben und diesen unterstützend einfließen lassen.

Nutzung bekannter wirtschafts- und medizinethischer Konzepte für die Entwicklung eines Krankenhaus-Ethik-Kodex:

- *Strukturierung des Konsentierungsprozesses für konkrete ethische Probleme durch Berücksichtigung bewährter normativer und methodischer Konzepte (z.B. biomedizinische Prinzipien, Utilitarismus, Deontologie, Diskursethik)*
- *Legitimierung und Stärkung des Geltungsanspruches des entwickelten Unternehmensethik-Kodexes durch Bezug auf tradierte Ethik-Kodexe (z.B. Genfer-Gelöbnis, christliche Ethik)*
- *Sicherstellung professioneller Ethik-Formulierungen*
- *Steigerung der Identifizierung der Mitarbeiter mit dem Krankenhaus-Kodex durch Bezugnahme auf anerkannte Werte und Normen (z.B. Genfer Gelöbnis, UN-Menschenrechte)*

Funktionen

Der Ethik-Kodex des Krankenhauses ist eines der wichtigsten Elemente der formellen Ethik-Infrastruktur, bzw. der formellen Ethik-Kommunikation (s. Kap. 1.7.3). Die Funktionen sind vielfältig und lassen sich in interne und externe Effekte unterteilen.

Intern steht zunächst die inhaltliche Kommunikation der Werte und Regeln des Ethik-Kodex im Vordergrund, deren Bedeutung sich – je nach Formulierung und festgelegten Sanktionen – von unverbindlichen Empfehlungen bis hin zu gesetzesähnlichen, potentiell justiziablen Vorgaben bewegt. Der Ethik-Kodex ist in dieser Funktion als „Ethik-Grundgesetz" zu verstehen – er dient als inhaltlicher Bezugspunkt jeder ethischen Diskussion, Kontrolle und Sanktionierung und kann dazu beitragen, unethisches Verhalten im Unternehmen zu reduzieren bzw. eine positive Wirkung auf die informelle Ethik-Infrastruktur und die Unternehmenskultur zu entfalten. Weitere Funktionen bestehen in der Auslösung eines Lernprozesses und in der Signalwirkung für Ethik: sowohl im Rahmen des Konsentierungsprozesses, als auch durch die Veröffentlichung des fertigen Ethik-Kodex wird nach intern und extern vermittelt, dass Ethik in diesem Unternehmen wichtig ist und ernst genommen wird. Verbindliche Werte und Regeln geben den Mitarbeitern des Unternehmens zudem Sicherheit und leisten so einen wichtigen Beitrag zum Vertrauensverhältnis zwischen Mitarbeitern und Unternehmen. Hierdurch lässt sich die Identifikation mit dem Unternehmen und die Motivation erhöhen, gleichzei-

tig ergibt sich ein Abgrenzungsmerkmal gegenüber anderen Unternehmen und somit einen Wettbewerbsvorteil auf dem Fachkräftemarkt ergeben (s. Kap. 5). Neben dem positiven Effekt auf Mitarbeiterbindung und -gewinnung kann ein glaubhaft kommunizierter Ethik-Kodex auch bei anderen Stakeholdern wie Patienten, Zuweisern, Öffentlichkeit und Politik Vertrauen schaffen bzw. einen positiven (Marketing-)Effekt entfalten.

Interne Funktionen des Ethik-Kodex

- *Festlegung verbindlicher Werte, Regeln, Sanktionen („Ethik-Grundgesetz")*
- *Hilfestellung/Bezugspunkt zur Lösung konkreter ethischer Probleme im Alltag*
- *Auslösung eines Lernprozesses: Beschäftigung der Mitarbeiter mit ethischen Werten und Prinzipien*
- *Signalwirkung: Ethik ist wichtig*
- *Vertrauensbildung der Mitarbeiter*
- *Identifikation der Mitarbeiter mit Unternehmen*
- *Positive Beeinflussung der informellen Ethik-Infrastruktur und der Unternehmenskultur*
- *Reduktion unethischen Verhaltens*

Externe Funktionen Ethik-Kodex

- *Bildung von Vertrauen in ethische Integrität der Mitarbeiter sowie der Strukturen und Prozesse des Krankenhauses bei Patienten, Zuweisern, Öffentlichkeit und Politik*
- *Wettbewerbsvorteile bei Zuweisern und Patienten*
- *Abgrenzung gegenüber anderen Krankenhäuser auf dem Fachkräftemarkt*

Ethik-Kodizes für kritische Problemfelder

In einigen Krankenhäusern kann es besondere Problemfelder geben, in denen es zu immer widerkehrenden spezifischen ethischen Konflikten kommt. Dies ist sowohl für Konflikte zwischen Wirtschaftlichkeit und guter Medizin denkbar als auch im Bereich der Individualethik am Krankenbett. Ethische Konflikte werden in der Praxis häufig von Mitarbeitern mit unterschiedlichen Aufgaben, Zielen oder Hintergründen ausgetragen und können auf Dauer einen zermürbenden und demotivierenden Effekt haben. Um solche Zielkonflikte zwischen den Mitarbeitern zu minimieren, ist es häufig sinnvoll, für diese Problembereiche einen speziellen Ethik-Kodex zu entwickeln. Diese basieren auf dem allgemeinen Ethik-Kodex des Krankenhauses, benennen aber die konkreten ethischen Prob-

leme in einem Teilbereich und legen konkrete Prinzipien und Handlungsweisen fest. Wichtig ist hier nicht nur der klärende und Sicherheit vermittelnde Aspekt, den das fertige Dokument vermittelt, sondern auch die Kommunikation und Konsentierung der beteiligten Mitarbeiter im Entwicklungsprozess (vgl. Ethik-Baustelle).

Beispiele für solche besonders kritischen Problemfelder kann der Umgang mit Erlösseitig nicht abgebildeten Behandlungsverfahren, Interaktionen des Controllings mit der Patientenversorgung, Bonuszahlungen aber auch der Umgang mit Sterbenden oder therapiebegrenzende Maßnahmen sein.

Risiko und Nachteile

Im Vordergrund der Kritik an Unternehmens-Ethik-Kodexen stehen die häufig floskelhaften Formulierungen von ethischen Allgemeinplätzen mit denen sich die Mitarbeiter nicht identifizieren können. Diese potentielle Kritik sollte bei der Entwicklung des Ethik-Kodex antizipiert und soweit möglich berücksichtigt werden.

Noch gravierender ist die Entwicklung eines Ethik-Kodex, der aus Sicht der Mitarbeiter im offensichtlichen Widerspruch zum Verhalten der Führungskräfte bzw. dem geduldeten Verhalten untergeordneter Mitarbeiter steht. Hier droht nicht nur die Herabwürdigung des Ethik-Kodex als „doppelmoralische“ Marketingmaßnahme – viel schwerer wirkt ein in der Literatur ausführlich dargestellter psychologischer Effekt: wenn Mitarbeiter die Erfahrung machen, dass Regelverletzungen geduldet oder sogar unterstützt werden, so kann sich die Compliance der Mitarbeiter gravierend verschlechtern, bzw. unethisches Verhalten begünstigen. Viele Autoren postulieren, dass es günstiger sei überhaupt keine Regeln zu formulieren, als Regeln zu formulieren und einen Regelbruch offen und unsanktioniert zu dulden. Vor diesem Hintergrund sind die Kontroll- und Sanktionselemente besonders wichtig: ein Ethik-Kodex darf und sollte keine Abstriche hinsichtlich seiner Ansprüche machen und auch schwierig umzusetzende Regeln explizit formulieren – gleichzeitig muss aber ein Verbesserungsprozess eingeführt werden, der durch Kommunikation, Kontrolle und Sanktionierung auf den verschiedenen Ebenen der Ethik-Infrastruktur hin zu einer tatsächlichen Verbesserung ethischen Verhaltens führt

4.2.2 Personelle Ethik-Strukturen

Neben der formellen Konstituierung der Unternehmenswerte im Ethik-Kodex, bedarf es auch personeller Strukturen um die Ethik im Kranken-

haus zu gestalten und die Umsetzung nachzuhalten. Verschiedene Instanzen haben sich dabei bewährt, müssen jedoch stets in Umfang und Auswahl an die speziellen Gegebenheiten des jeweiligen Krankenhauses angepasst werden. Um einer Verantwortungsdiffusion vorzubeugen, ist es wichtig, die jeweiligen Aufgaben, hierarchischen Abhängigkeiten Verantwortungen sowie die Einbindung in die bestehenden Organisationsstrukturen des Krankenhauses eindeutig zu definieren und mit Hilfe entsprechender QM-Dokumente schriftlich zu konstituieren.

Ethik-Beauftragter

Der Ethik-Beauftragte übernimmt eine übergreifende Koordinationsfunktion für die Verbesserung und Aufrechterhaltung der Unternehmensethik bzw. ihrer Strukturen und -Prozesse. Er stellt meistens die zentrale exekutive und administrative Funktion der Ethik-Unternehmensstruktur dar. Da sich in der Praxis klinische Ethik und Unternehmensethik nicht immer eindeutig trennen lassen, ist es sinnvoll hier auch in der Position des Ethik-Beauftragten keine Aufteilung vorzunehmen oder zumindest eine enge Interaktion sicherzustellen.

Je nach Größe des Krankenhauses bedarf es eine Gliederung in einen übergreifenden Ethik-Beauftragten mit zusätzlichen Bereichs-Ethik-Beauftragten, z.B. für einzelne Kliniken, Funktions-/Pflegeeinheiten oder Dezernate. Um Wirksamkeit entfalten zu können, ist es wichtig, dass der bereichsübergreifende Ethik-Beauftragte möglichst unabhängig agieren darf und Probleme und mögliche Lösungen so offen thematisieren kann. Weiterhin sollte ein geregelter Prozess bestehen, mit dem der Ethik-Beauftragte kritische Themen auf hierarchisch hoher Ebene platzieren und dadurch die Umsetzung entsprechender Maßnahmen auslösen kann. Diese Möglichkeit ist ein wichtiger Baustein für ein aktives *Management von Ethik*. Deswegen ist es in großen Unternehmen zusätzlich üblich, als direkten Ansprechpartner des Ethik-Beauftragten bzw. in Personalunion einen Ethik-Verantwortlichen auf höchster Managementebene anzusiedeln, beispielsweise den *Ethik-Verantwortlichen im Vorstand* oder *Ethik-Verantwortlichen in der Geschäftsführung*. Hier ist dann auch eine Unterscheidung zwischen „Ethik-Beauftragtem" und „Ethik-Verantwortlichen" sinnvoll. Denkbar ist aber auch eine andere begriffliche Abgrenzung der Funktionsbezeichnungen. Einige Unternehmen verwenden beispielsweise den Begriff „Ethik-Officer", der in gewisser Weise Verantwortung und Beauftragung vereint. Gleichzeitig lässt diese Bezeichnung semantisch Raum für eine Sprachregelung, nach der *„alle Mitarbeiter Ethik-Verantwortliche sind*".

Die Funktion und Einbindung in die Unternehmensstrukturen lässt sich mit der eines Qualitätsmanagementbeauftragten vergleichen. Da sich

Ethik durchaus als Teilgebiet umfassender Qualität verstehen lässt und die Zielstrukturen und Prozesse auch im Fokus des Qualitätsmanagements stehen, kann auch das Ethik-Management bzw. der Ethik-Beauftragte in die Unternehmensstrukturen eines praxisorientierten Qualitätsmanagements integriert werden (s. Kap. 4.4.2).

Wichtige Merkmale der Position des Ethik-Beauftragten
- **Unabhängigkeit in der Auswahl und Bearbeitung ethisch kritischer Themen**
- **Wirksamkeit durch Integration in die Unternehmensleitung**
- **Integration und Interaktion mit dem Qualitätsmanagement**

Für die Qualifikation des Ethik-Beauftragten ist vor allem ein umfassendes, praxiserprobtes Verständnis für die Strukturen und Prozesse in einem Krankenhaus nötig – sowohl auf Ebene der Patientenversorgung, als auch auf Ebene des Managements. Methodisch gehören hierzu auch die Techniken des Qualitätsmanagements, da dies eine besondere Bedeutung für den Schritt hin zu einer nachhaltigen Integration der Ethik-Arbeit in das Krankenhaus hat. Für die Ausbildung zum Ethik-Beauftragten gibt es verschiedene Schulungsangebote, die aber meist entweder auf klinische Ethik *oder* auf Unternehmensethik abzielen (vgl. Glossar). Für den Ethik-Beauftragten eines Krankenhauses ist es aber wichtig, beide Bereiche zu vereinen (s.o.). Für die Praxis ist davon auszugehen, dass ein in klinischer Ethik ausgebildeter Mitarbeiter der über ein Verständnis der Unternehmenszusammenhänge verfügt, auch fachlich dazu in der Lage ist unternehmensethische Probleme zu bearbeiten. In jedem Fall ist es wichtig, dass die systemischen und organisatorischen Zusammenhänge und die typischen ethischen Probleme eines Krankenhauses genauso bekannt sind wie gängige Ethik-Konzepte und -Prinzipien (Deontologie, Utilitarismus, Diskursethik, biomedizinische Prinzipien), wichtige Ethik-Kodizes (z.B. Genfer Gelöbnis, MBA-Oath). Außerdem sollte der Ethik-Beauftragte über hohe kommunikative und soziale Kompetenzen verfügen um einen ausgleichenden ethischen Diskurs führen zu können.

Wünschenswerte Anforderungen an die Qualifikation des Ethik-Beauftragten:
- **Kenntnisse der Strukturen und Prozesse im Krankenhaus (Krankenversorgung und Management)**
- **Erfahrung in der Anwendung von Management- und Qualitätsmanagement-Techniken**
- **Kenntnisse in klinischer Ethik**

- **Kommunikative und soziale Kompetenz zur Führung eines ausgleichenden Diskurses zwischen den verschiedenen Berufsgruppen**

Ethik-Komitee

Das Ethik-Komitee hat die Aufgabe über Ethik-Themen bzw. konkrete Probleme zu beraten um einschlägige Empfehlungen abzugeben. Es lässt sich im weitesten Sinne als ein legislatives, bisweilen auch judikatives Ethik-Organ interpretieren. Die Zusammensetzung besteht in der Regel aus Vertretern verschiedener Berufsgruppen und Hierarchieebenen und ergänzt somit den Ethik-Berater sinnvoll: durch die gemeinsame Beratung und Konsentierung wird der Prozess der Entscheidungsfindung auf mehrere Mitarbeiter verteilt, um so in der Summe ein höheres Maß an Kompetenz, Ausgewogenheit und Praxistauglichkeit zu begünstigen. Gleichzeitig wird der Einfluss von Partikularinteressen minimiert. Auch das Gewicht von Ethik-Empfehlungen eines Ethik-Komitees ist höher als die Empfehlung von Einzelpersonen – sowohl in der Wirkung auf die breite Mitarbeiterschaft des Krankenhauses, als auch auf die Führungsebenen.

Das Ethik-Komitee verfügt in der Regel über keine Exekutivgewalt, sondern übernimmt eine rein beratende und empfehlende Funktion. Die eigentlichen Entscheidungen verbleiben auf den Ebenen von Management und Krankenversorgung unangetastet. Gleichsam ist es wichtig, dass die Mitglieder des Ethik-Komitees frei und unabhängig kritische Themen aufgreifen und bearbeiten können.

Klassischerweise haben sich Ethik-Komitees vor allem für die Entscheidungsfindung bei konkreten medizinethischen Problemen am Krankenbett bewährt und werden hier als Klinisches Ethik-Komitee bezeichnet (s. Kap. 7). Mit entsprechender Kompetenz im Gremium lässt sich das Konzept aber einfach auf die Unternehmensethik übertragen. Mögliche Arbeitsinhalte wären dann regelmäßige Beratung über bekannt gewordene unternehmensethische Probleme, die Erarbeitung eines Ethik-Kodex oder konkreter Maßnahmen zur Verbesserung der Unternehmensethik. In einem auf äußerste Ethik-Compliance getrimmten Krankenhaus würden sogar sämtliche wichtigen Managemententscheidungen, Prozessbeschreibungen und andere relevante Dokumente dem Ethik-Komitee zur Prüfung der ethischen Implikationen vorgelegt werden („Ethikprüfung" oder „Ethik-Audit"). Allerdings birgt so ein extremes Vorgehen die Gefahr, dass das Krankenhausmanagement aufgrund ethischer Vorbehalte massiv

in der Handlungsfähigkeit eingeschränkt wird und somit nicht mit voller Konsequenz empfohlen werden kann.

Für die meisten Krankenhäuser bietet es sich an, dass das Ethik-Komitee durch den Ethik-Beauftragten organisiert wird und dieser gleichzeitig den Vorsitz übernimmt – es ist aber auch denkbar, dass der Vorsitz aus dem Kreis der Mitglieder gewählt wird. Um dem Komitee noch mehr Gewicht zu verleihen, kann die Einberufung der Mitglieder durch eine höhere Instanz erfolgen (z.B. den Vorstandsvorsitzenden).

Um Transparenz und Nachhaltigkeit zu erhöhen, sollte ein Berichtsprozess festgelegt werden, der sich beispielsweise auf unternehmensintern veröffentlichte Sitzungsprotokolle und Berichte an den Vorstand, die Geschäftsführung und Personalvertreter beziehen kann.

Deutscher Ethik-Rat

Das Pendant zum Unternehmens-Ethik-Komitee auf Bundesebene ist der Deutsche Ethik-Rat. Es handelt sich um einen unabhängigen Sachverständigenrat, der ethische naturwissenschaftliche, medizinische, theologische, philosophische, soziale, ökonomische und rechtliche Fragen mit Bezug auf Menschen und Gesellschaft bearbeitet. Die Themen werden in Eigeninitiative oder nach Beauftragung durch Bundesregierung oder Deutschem Bundestag ausgewählt. Wichtige Funktion ist die Erarbeitung von Empfehlungen für politische oder gesetzgeberische Entscheidungen. Der Deutsche Ethikrat erstattet dem Deutschen Bundestag und der Bundesregierung zusätzlich einmal jährlich Bericht. Die sechsundzwanzig Mitglieder werden vom Präsidenten des Deutschen Bundestages für jeweils vier Jahren berufen und können einmalig wiederberufen werden.

Ethikkommission

Nicht mit dem Ethik-Komitee zu verwechseln ist die Ethik-Kommission. Hierbei handelt es sich um ein Gremium, das von Universitäten, Bundesländern oder berufsständischen Vereinigungen eingerichtet wird, um über die ethisch-rechtliche Zulässigkeit von Forschungsprojekten am Menschen zu beraten. Klinische-medizinische und psychologische Forschungsvorhaben an lebenden oder verstorbenen Menschen, aber auch Stammzellforschung und Tierexperimente müssen im Vorfeld einer Ethik-Kommission zur Prüfung vorgelegt werden. Diese prüft unter anderem auf die Konformität des Forschungsvorhabens mit der Deklaration von Helsinki (ein Ethik-Kodex zur Forschung am Menschen) und stellt somit den Schutz der Probanden sicher. Nur bei positivem Ethik-Votum darf die Studie durchgeführt werden. Wesentliche Aspekte der Einberufung und Funktion der Ethik-Kommissionen sind gesetzlich geregelt. Ähnlich dem Deutschen Ethik-Rat, setzen sie sich in der Regel aus Medizinern, Naturwissenschaftlern, Juristen, Philosophen und Theologe zusammen.

Externe Ethik-Berater

Ein externer Ethik-Berater kann gerade in der Frühphase der Entwicklung und Implementierung von Ethik hilfreich sein. Insbesondere bei schweren ethischen Problemen in einem Krankenhaus gilt es zunächst einen Überblick über die Probleme und möglichen Lösungen zu entwickeln. Die hierfür nötigen qualitativen Analysen lassen sich in der Regel besser durch einen unabhängigen Dritten durchführen, da die Mitarbeiter hier tendenziell mehr Vertrauen in einen anonymisierten und vertraulichen Umgang mit ihren Aussagen haben und deswegen Probleme offener ansprechen. Außerdem hat ein externer Berater – wie auch in anderen Feldern der Unternehmensberatung – einen meist neutraleren Blick auf mögliche Probleme und Lösungsansätze und bringt durch seine Erfahrung ein größeres Gewicht hinsichtlich der Empfehlungen für die ersten Weichenstellungen ein.

Während ein Ethik-Berater in der Frühphase häufig die Funktion des Ethik-Beauftragten ersetzt und entsprechende Aufgaben wahrnehmen kann, so muss von Anfang an aber ein nachhaltiges Konzept verfolgt werden. Dies bedeutet, dass der Ethik-Berater dem Krankenhaus ein plausibles Konzept zur Etablierung einer Ethik-Infrastruktur mit Ethik-Beauftragten, Ethik-Kodex, ggf. Ethik-Komitee und weiteren Struktur- und Prozesselementen erarbeiten sollte. Das Ziel muss darin bestehen, dass das Krankenhaus in der Frühphase von Wissen und Erfahrung des Ethik-Beraters profitiert, mittelfristig aber von externen Beratung unabhängig wird. Dies bedeutet, dass ein Berater im Rahmen der projektartigen Einführung von Ethik-Management zwar eine wichtige und wertvolle Unterstützung darstellen kann – langfristig muss das Ethik-Management aber in kontinuierliche Routineprozesse und -strukturen übertragen werden, da nur so eine nachhaltige Implementierung gewährleistet werden kann. Einige Krankenhäuser halten allerdings auch langfristig Kontakt zu externen Ethikberatern, um diese bei speziellen Problemen für die eine besondere Erfahrung oder Unabhängigkeit wichtig ist in die Beratung mit einzubinden.

»
Externe Ethik-Berater können gerade in der Frühphase hilfreich für die Entwicklung eines Ethik-Managements sein. Mittelfristig sollte aber ein nachhaltiges Konzept verfolgt werden, bei dem suffiziente eigene Strukturen und Prozesse aufgebaut werden.

4.2.3 Aufmerksamkeit und Kommunikation

Die Formulierung eines Ethik-Kodex und der Aufbau personeller Strukturen ist die Basis der Unternehmensethik. Hierauf bauen weitere Maßnahmen auf, mit denen Ethik sowohl auf der formellen als auch auf der informellen Ebene im Krankenhaus vermittelt werden soll. Die Inhalte des Ethik-Kodex stellen die Grundlage der kommunikativen Maßnahmen dar. Für die Kommunikation und Verbreitung ethischer Inhalte sind insbesondere der Ethik-Beauftragte und der externe Ethikberater verantwortlich. Entsprechend haben diese den Auftrag wirksame Instrumente und Maßnahmen zu entwickeln um diese Inhalte erfolgreich zu verbreiten.

Mit der Kommunikation der Unternehmensethik werden im Wesentlichen drei Ziele verfolgt: zum einen sollen die ethischen Grundlagen des Unternehmens inhaltlich bekannt gemacht werden, so wie dies auch für neue Gesetze oder andere Unternehmensregeln üblich ist. Zweitens soll durch nachdrückliche und wiederkehrende Aufmerksamkeit für die Unternehmensethik vermittelt werden, dass diese im Unternehmen ernst genommen wird, wichtig ist, sich Mitarbeiter auf diese Regeln verlassen können und es gewünscht ist, dass ethische Probleme thematisiert werden. Zum dritten soll eine dauerhafte Sensibilisierung der Mitarbeiter für ethische Probleme erfolgen, um so positive Konfliktlösungen bzw. ethisches Verhalten zu begünstigen.

Ziele der Ethik-Kommunikation

- **Vermittlung der Inhalte der ethischen Werte und Prinzipien des Krankenhauses**
- **Vermittlung der Bedeutung, die der Unternehmensethik beigemessen wird**
- **Vermittlung von Sicherheit und Beständigkeit der Unternehmensethik**
- **Sensibilisierung für ethische Konflikte und deren Lösungen**

Qualitätsmanagementhandbuch, Weißbuch, Online-Präsenz

Die meisten modern geführten Krankenhäuser verfügen über eine mehr oder weniger umfangreiche Aufstellung von Zweck und Zielen des Unternehmens, den vorhandenen Strukturen und den geltenden Prozessen im Sinne eines Regelwerkes bzw. einer Art „Betriebsanleitung“ für das Krankenhaus. Normalerweise wird diese Aufstellung als Qualitätsmanagementhandbuch bezeichnet, es gibt aber auch andere Begriffe wie „Weißbuch“ oder „Unternehmenshandbuch“. Ähnlich einem Grundgesetz, sollte der Ethik-Kodex primär an dieser Stelle veröffentlicht und hierdurch

konstituiert werden (analog zu den ebenfalls verbindlichen übrigen Dokumenten im Qualitätsmanagementhandbuch). Um den Ethik-Kodex noch niedrigschwelliger zugänglich zu machen, sollte er zusätzlich an zentraler Position auf der Internet-Website des Krankenhauses bzw. im Intranet veröffentlicht werden. Diese Maßnahmen sind zwar essentiell, aber bei weitem nicht ausreichend um die Unternehmensethik glaubhaft und nachhaltig zu vermitteln.

Ethik-Workshop, Ethik-Forum, Ethik-Medien

Wichtig für die nachhaltige Verankerung der Unternehmensethik im Denken und Handeln der Mitarbeiter ist das wiederkehrende Erzeugen von Aufmerksamkeit für Ethik im Krankenhaus. Es ist wichtig den Mitarbeitern zu vermitteln, dass die ethischen Grundsätze nicht nur einen proforma-Akt darstellen, der letztlich nicht ernst zu nehmen ist und allenfalls für Marketingzwecke genutzt wird. Entsprechend sollten bei der inhaltlichen Kommunikation – unabhängig vom Medium – regelmäßig auch Führungskräfte mit eingebunden werden. Zu den einfachsten Möglichkeiten zählen regelmäßig erscheinende Newsletter oder Printmedien mit Beiträgen zur Unternehmensethik und Ethik der Krankenversorgung. Die Wirksamkeit hängt auf der einen Seite in hohem Maße von den Inhalten und der Authentizität der Beiträge ab, auf der anderen Seite aber auch vom Status quo der Unternehmenskultur. Meist wird die Rezeption solcher Beiträge durch die Mitarbeiter sehr heterogen ausfallen und unter Umständen wird man gerade die ethisch problematisch agierenden Mitarbeiter mit diesen Maßnahmen nicht ausreichend erreichen. Trotzdem gibt es einen positiven Effekt, der genutzt werden sollte.

Noch besser lässt sich Aufmerksamkeit durch aktive Einbindung der Mitarbeiter erzeugen. Gerade zu Beginn der Entwicklung der Unternehmensethik, im Rahmen des Konsensus-Prozesses für den Ethik-Kodex und der Bildung neuer Ethik-Strukturen bieten sich Ethik-Foren und Mitarbeiterversammlungen an. Auch Ethik-Workshops, Ethik-Cafés, die Einbindung von Betriebsräten, Assistenzartvertreter, PDL-Runden, randomisierte Einladungen zum Ethik-Lunch oder andere kreative Formate können sich bewähren und müssen individuell an Bedarf und Aufnahme der Mitarbeiter und die zu erreichenden Zielgruppen angepasst werden. Hier sind die verschiedensten Experimente denkbar, diese müssen nur kritisch evaluiert und gegebenenfalls modifiziert werden.

4.2.4 Evaluation, Kontrolle, Qualitätssicherung

In der Praxis haben viele der Elemente zur Kommunikation von Unternehmensethik eine wechselseitige Funktion: Ethik-Beauftragte und andere Mitarbeiter werden nicht nur Inhalte einseitig senden, wenn sie beispielsweise Veranstaltungen wie Ethik-Foren durchführen, sondern es ergibt sich ein Austausch über das Feedback der Mitarbeiter. Diese Aufnahmefähigkeit und Empathie für Stimmungen, Meinungen und Ideen im Unternehmen ist eine wichtige Kompetenz, über die ein Ethik-Beauftragter bzw. Ethik-Berater verfügen muss. Bildhaft gesprochen sollte der Ethik-Beauftragte „permanent sein Ohr auf das Unternehmen legen". Wie ein Arzt bei seinem Patienten, sollte auch der Ethik-Beauftrage wissen, wie es um das Krankenhaus in ethischer Hinsicht bestellt ist. Nur durch dieses ständige Feedback können sinnvolle weitere Maßnahmen zu Verbesserung eingeleitet werden um so einen wertschaffenden Beitrag zum Gesamtunternehmen zu leisten.

Zusätzlich zum allgemeinen und dauerhaften aufmerksamen Zuhören in allen Unternehmensbereichen sind weitere spezielle Instrumente zur Evaluation aber auch zur Kontrolle der Ethik im Krankenhaus wichtig. Diese Instrumente entsprechen im Wesentlichen den bereits im Qualitätsmanagement bzw. in der Qualitätssicherung bewährten Methoden, werden aber hinsichtlich ihres Fokus auf die Unternehmensethik anders ausgerichtet.

Mitarbeiterbefragungen

Viele Projekte zur Einführung unternehmensethischer Strukturen und Prozesse in Krankenhäuser starten mit einem Status quo, der von ernsthaften Störungen der Unternehmenskultur geprägt ist. Gerade zu Beginn gilt es hier einen möglichst breiten Überblick über die Probleme zu erheben und dabei gleichzeitig Vorschläge der Mitarbeiter zu möglichen Lösungen zu sammeln. Hierfür haben sich qualitative Mitarbeiterbefragungen durch halbstrukturierte Interviews bewährt, da diese dem Interviewer die beste Möglichkeit geben relevante Informationen und Ideen zu recherchieren. Es ist wichtig für diese Interviews Vertraulichkeit zu gewährleisten und die Ergebnisse entsprechend sorgfältig zu anonymisieren ohne die Aussagekraft einzuschränken. In der Praxis ist dies nicht immer einfach und erfordert viel Fingerspitzengefühl. Um Unabhängigkeit und Vertraulichkeit zu gewähren und um ein möglichst hohes Vertrauensverhältnis im Rahmen der für die „Erstdiagnose" nötigen Mitarbeiterbefragungen aufzubauen, bieten sich gerade für diese frühen Interviews ex-

terne Ethik-Berater mit systemischer oder sozialwissenschaftlicher Kompetenz an.

Die Mitarbeiterbefragungen können mit quantitativen Fragebögen kombiniert werden um so eine Grundlage für Kennzahlengestützte Verlaufsbeobachtungen zu schaffen, allerdings empfiehlt es sich auch qualitative, offene Mitarbeiterbefragungen im Verlauf regelmäßig durchzuführen, da nur diese die Methodik bieten, um in der erforderlichen Tiefe Feedback zu gewinnen.

Regelmäßige Mitarbeiterbefragungen gelten als eines der wichtigsten Elemente im kontinuierlichen Verbesserungsprozess von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. Es bietet sich entsprechend an, die im Verlauf stattfindenden regelmäßigen Routine-Mitarbeiterbefragungen inhaltlich nicht nur auf spezielle Fragen zu Unternehmensethik und -kultur zu beziehen, sondern übergreifend auf Themen der Qualitätsverbesserung im Krankenhaus auszurichten. Entsprechend ist es sinnvoll, den Evaluationsprozess zur Unternehmensethik mit dem des Qualitätsmanagements zu verbinden.

Ethik-CIRS und andere kontinuierliche Feedback-Instrumente

In der Qualitätssicherung haben sich einseitige Feedback-Angebote als wirksames, kontinuierlich und niederschwellig nutzbares Instrument bewährt. Die einfachste Form ist ein zentral aufgestellter Briefkasten, der es Mitarbeitern (und gegebenenfalls auch Patienten und Angehörigen) ermöglicht, Rückmeldungen zu konkreten ethischen oder allgemein qualitätsbezogenen Problemen aus der Unternehmenspraxis zu geben. In der Regel erfolgen die Eingaben anonym und frei formuliert. Teilweise werden aber auch vorstrukturierte Formulare bereitgestellt und eine Namensnennung angeboten, um den meldenden Mitarbeiter in einen Rückkopplungsprozess einbinden zu können. Analog zu einem physischen Qualitäts- und Ethik-Briefkasten werden zunehmend auch Email-Briefkästen, Web-basierte Formulare oder Ethik-Telefonhotlines genutzt. Wichtig ist die Entfaltung einer ständigen Präsenz, die durch regelmäßiges bewerben und gute Erreichbarkeit gefördert werden kann.

Das strukturierteste Feedback-Instrument in dieser Gruppe ist das CIRS (Critical Incident Reporting System). Es handelt sich um ein Melde- und Berichtssystem, in dem Mitarbeiter Meldungen zu kritischen Ereignissen und Beinahe-Schäden eingeben können. Diese werden anonymisiert und im Rahmen eines strukturierten Prozesses bearbeitet, mit dem Ziel aus den Zwischenfällen zu lernen und zur kontinuierlichen Verbesserung beizutragen. CIRS-Systeme wurden mittlerweile in vielen Krankenhäusern

Deutschlands etabliert, fokussieren aber in der Regel auf die üblichen Qualitätsdimensionen der physischen Prozessabläufe. Um bestehende CIRS-Systeme auf den Bereich Ethik auszuweiten, sollte die Dimension „ethisches Problem“ als Auswahlmöglichkeit auf den Meldeformularen sowie im Erläuterungstext ergänzt werden.

Entscheidend für die Wirksamkeit solcher Instrumente ist – neben der Akzeptanz und Nutzung durch die Mitarbeiter – ein strukturierter Prozess der Auswertung und Nutzbarmachung der Eingaben. Je nach Umfang der Meldungen kann diese Aufgabe im ersten Schritt durch den Ethik-Beauftragten, ggf. im Team mit weiteren CIRS- bzw. Qualitätsbeauftragten erfolgen. Gerade für komplexere ethische Probleme ist dann eine weitere Diskussion zur Ableitung von Maßnahmen mit dem Ethik-Komitee sinnvoll. Je nach Problem sollten zudem die konkret beteiligten Stakeholder (Chefarzt der Abteilung, Geschäftsführung, PDL etc.) in die Entwicklung und Umsetzung einer Lösung mit einbezogen werden. Außerdem ist es wichtig, die erfassten Probleme in Form eines Berichtwesens transparent zu machen. Hierdurch wird zum einen zusätzlich für ethische Probleme und mögliche Lösungen sensibilisiert, zum anderen wird so demonstriert, dass diese Unternehmensthemen ernst genommen werden.

Bei all diesen Maßnahmen sind die Inhalte der begleitenden Erläuterungen sehr wichtig. Während in der angloamerikanischen Unternehmenskultur die Aufdeckung von Fehlern und Unstimmigkeiten („Whistleblowing“) prinzipiell akzeptiert ist, wird im deutschsprachigen Raum aufgrund der historischen Erfahrungen häufig eine Nähe zum „Denunziantentum“ assoziiert und Meldesysteme können bei den Mitarbeitern entsprechend negativ konnotiert sein. Es gilt hier eine Fehler- und Problemkultur auch im ethischen Bereich zu schaffen, die das gemeinsame Lernen aus Fehlern in den Vordergrund stellt und somit nicht auf Fehler des Einzelnen, sondern auf die Verbesserung der Prozesse und Strukturen fokussiert.

Ethik-Audit, Routineprüfungen

Auditierungen dienen der Prüfung, inwieweit Vorgaben tatsächlich umgesetzt werden. Ein Ethik-Audit beurteilt entsprechend die ethische Qualität eines Unternehmens oder von Teilbereichen. Im klassischen Qualitätsmanagement sind interne und externe Qualitätsmanagement-Audits üblich, bei denen die Erfüllung von Strukturvorgaben und Prozessbeschreibungen überprüft wird. In diesem Zuge lassen sich auch die Strukturen und Prozesse des Ethik-Managements im Sinne eines Teilbereichs des Qualitätsmanagements mit überprüfen. Für Teilbereiche mit besonders hohem Risiko unethischen Verhaltens kann ein spezielles Ethik-Au-

dit durchgeführt werden, bei dem die für diesen Bereich maßgeblichen Prozesse auf ihre Übereinstimmung mit den unternehmensethischen Vorgaben überprüft werden. Wichtig hierbei ist, dass sowohl eine Prüfung auf der formellen Ebene, d.h. auf Ebene der formell gültigen Unternehmensregeln, als auch auf der Ebene der informellen, tatsächlich gelebten Praxis vorgenommen wird. Für letzteres eignen sich am besten persönliche Interviews durch zur Verschwiegenheit verpflichtete Ethik-Beauftragte oder Ethik-Berater, während die formelle Ebene meist auf Basis der vorliegenden Struktur- und Prozessbeschreibungen geprüft werden kann. Prinzipiell gibt es auch verschiedene Anbieter, die externe Auditierungen durchführen und ein entsprechendes Zertifikat ausstellen können (z.B. „Integrativer Ethik Check & Gütesiegel" des Wirtschaftsethikinstitut Stift St. Georgen) – diese haben sich aber bislang nicht im Krankenhaus etabliert.

4.2.5 Compliance, Sanktionen und kontinuierliche Verbesserung

Regelverstöße und Sanktionen

Sanktionen für unethisches Verhalten sind ein sensibles Thema. Auf der einen Seite soll eine Unternehmensethik gestaltet werden, die auf echter und freiwilliger Überzeugung der Mitarbeiter basiert – auf der anderen Seite kann unethisches Verhalten nicht geduldet werden, da sonst die gesamte Unternehmensethik schnell von den Mitarbeitern in Frage gestellt wird. Angemessene Reaktionen bei Verstößen gegen die Unternehmensethik sind also wichtig, um Glaubwürdig zu bleiben. Hierbei ist in der Regel ein systemischer Ansatz zielführend, d.h. die Reaktion sollte nicht primär auf einzelne Personen, sondern auf die Interaktion der verschiedenen Mitarbeiter in ihrem Team und Wirkungskreis fokussieren. Angemessene Reaktionen bestehen in erster Linie in einer gemeinsamen Problemanalyse, bei der die Diskrepanz zwischen dem aufgezeigten Verhalten und dem Ethik-Kodex des Krankenhauses thematisiert wird. Es sollte der Frage nachgegangen werden, warum sich diese kritische Situation ergeben hat und wie in Zukunft ethisches Verhalten begünstigt werden kann. Nur im absoluten Ausnahmefall und bei wiederholten oder schwerwiegenden Regelbrüchen sollte eine Eskalation hin zu disziplinarischen Maßnahmen erwogen werden. Anders stellt sich die Situation allerdings bei der Formulierung im Ethik- und Verhaltenskodex dar: häufig werden hier angemessene Sanktionen bis hin zu disziplinarischen Maßnahmen bei Verstößen gegen den Ethik-Kodex explizit angekündigt, um so Gewicht und Verbindlichkeit des Ethik-Kodex zu betonen.

Compliance-Management-Systeme

Regelkonformität der Mitarbeiter spielt nicht nur bei der Einhaltung der Unternehmensethik eine wichtige Rolle. Auch Vorgaben an Prozesse und Strukturen aus dem Bereich des klassischen Qualitätsmanagements und gesetzliche Regeln sollten von den Mitarbeitern im Interesse des Unternehmens eingehalten werden – dies geschieht aber aus unterschiedlichen Gründen nicht immer.

Insbesondere vor dem Hintergrund haftungsrechtlicher Risiken wurden in den letzten Jahren in vielen klassischen Wirtschaftsunternehmen sogenannte Compliance-Management-Systeme aufgebaut. Diese sollen Risiken insbesondere für justiziable Regelverstöße frühzeitig erkennen, die Einhaltung der Regeln kontrollieren und bei Regelverstößen passende Maßnahmen bzw. Sanktionen auslösen. Inzwischen wurde hierzu sogar eine internationale Norm entwickelt, nach der sich Unternehmen zertifizieren lassen können (ISO-Norm 19600). Compliance-Management-Systeme haben in der Praxis eine große Schnittstelle mit Ethik-Management-Systemen. Wie diese zielen sie nicht nur auf klare Regeln, sondern auch auf eine Prägung der Unternehmenskultur ab. Zunehmend werden Compliance-Management-Systeme auch in deutschen Krankenhäusern etabliert und es bietet sich an, diese auch auf die Einhaltung der Unternehmensethik auszurichten. Allerdings sollte eine positive Unternehmensethik nicht mit der Brechstange erzwungen werden, sondern primär durch die oben genannten weichen Maßnahmen, d.h. durch kulturelle und ethische Prägung erfolgen.

Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Kern jedes Qualitätsmanagement-Ansatzes ist das Konzept des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP). Er beruht auf der regelmäßigen, systematischen Qualitätskontrolle der bestehenden Prozesse und Strukturen. In einem zyklischen, nie endenden Prozess werden so sämtliche gelebten Prozesse immer wieder auf Verbesserungspotential geprüft, gegebenenfalls angepasst, in der veränderten Form ausgeführt und im Verlauf erneut geprüft etc. Dies ist eine wichtige Methodik um sich an die Veränderungen des inneren und äußeren Umfeldes anpassen und einen immer höheren Grad an Perfektion zu erlangen. Besonders konsequent wird dieses Konzept im Total Quality Management Ansatz (ISO Norm 9004) beschrieben, ist aber auch wichtiger Inhalt der weit verbreiteten QM Norm ISO 9001 und der europäischen QM-Norm für Einrichtungen des Gesundheitswesens EN 15224.

Auch wenn die Idee der kontinuierlichen Verbesserung einfach erscheint, so ist die Praxis nicht weniger Krankenhäuser doch geprägt von ineffektiven Prozessen und Strukturen, die aufgrund fehlender Ressourcen oder Zuständigkeiten viel zu selten hinterfragt und verbessert werden.

Die Einführung eines Ethik-Managements beziehungsweise die Prägung der Unternehmensethik kann eine tiefgreifende Veränderungsphase für ein Krankenhaus darstellen. Deswegen ist es gerade in der Frühphase wichtig, die Neuerungen stets reflektiert zu begleiten und alle neu eingeführten Instrumente kritisch auf ihren Aufwand, ihre Wirkung und ihren Nutzen für das Krankenhaus zu beurteilen und gegebenenfalls zu verändern bzw. durch andere Instrumente zu ersetzen. Es ist wichtig diesen Anpassungs- und Verbesserungsanspruch von vornhinein transparent zu kommunizieren. Zum einen können Mitarbeiter leichter für Neuerungen gewonnen werden, wenn ihnen versichert wird, dass diese bei Unpraktikabilität weiter modifiziert werden. Zum anderen ist es wichtig zu erklären, dass etwaige Umstellungen der genutzten Instrumente keine Schwäche. sondern ein Zeichen für die Flexibilität und Individualisierung des Veränderungsprozesses im Unternehmenskontext darstellen.

Sowohl der kontinuierliche Veränderungsprozess als auch die Methoden des Changemanagements (s.u.) spielen also eine besondere Bedeutung in der Implementierungsphase des Ethik-Managements. Aber auch nach dem Übergang in einen Routinebetrieb stellt der kontinuierliche Verbesserungsprozess einen essentiellen Baustein dar. Entsprechend sollten regelmäßige Termine zur Überprüfung der geltenden Ethik-Prozesse und Strukturen erfolgen, die in Verbindung mit den oben aufgeführten Surveillance- und Feedbackinstrumenten zur kontinuierlichen Verbesserung beitragen.

4.2.6 Spezielle Ethik-Projekte – die Ethik-Baustelle

Zu den Aufgaben der Ethik-Beauftragten und externen Ethik-Berater gehört die Identifikation besonders kritischer Ethikkonflikte. Meist werden diese durch interviewbasierte Analysen der verschiedenen Bereiche des Krankenhauses herausgestellt. Es hat sich bewährt, diese im Rahmen spezieller Ethik-Projekte zu bearbeiten („Ethik-Baustelle“ oder „Ethik-Schlaglicht“). Analog zu den prozess- und strukturanalytischen Ansätzen des Qualitätsmanagements bietet sich hier der Einsatz von kleinen Arbeits- oder Projektgruppen an, die sich aus Vertretern der betroffenen Mitarbeitergruppen zusammensetzen. Die Moderation erfolgt in der Frühphase in der Regel durch den unabhängigen Ethik-Beauftragten oder -Berater. Um Nachhaltigkeit auch über das Bestehen der Arbeitsgruppe hin-

aus zu gewährleisten, ist es aber häufig sinnvoll, die Projektleitung mittelfristig an einen beteiligten Mitarbeiter zu übertragen.

Das Ziel besteht darin, die bestehenden Probleme in ihrer Komplexität zu analysiere. Hierauf aufbauend sollten Maßnahmen entwickelt werden, die zu einer Lösung beitragen und eine erneute Eskalation vermeiden sollen. Beispiele hierfür wären die Veränderung von Prozessen, Ethik-Trainings für Mitarbeiter oder die Erstellung eines speziellen Ethik-Kodex, der die ethischen Grundsätze eindeutig für die konkreten Anwendungsfälle des betroffenen Bereiches festlegt.

Oft ist es wichtig im Rahmen der Aufarbeitung des Konfliktes Vertraulichkeit über die Inhalte zu vereinbaren, die auch von Seiten des höheren Krankenhausmanagements nicht unterlaufen werden darf. Die grundsätzliche Beschäftigung mit dem konkreten Problem und vor allem die sich ergebenden Lösungen sollten aber transparent gemacht und im Unternehmen kommuniziert werden. Für die Mitarbeiter ist es eine wichtige Botschaft, dass die Führungskräfte ethische Probleme ernst nehmen und Aufwand betreiben, um diese zu lösen. Dies ist ein wichtiges Signal, das eine positive Wirkung auf die informelle Ethik und die Unternehmenskultur ausübt.

4.3 Mitarbeiter als wichtigste Ressource der Ethik

4.3.1 Personalressourcen und Personalauswahl

Sämtliche Instrumente zur Prägung der Individual- und Unternehmensethik zielen letztlich auf die informelle Ebene, also die Ebene der tatsächlichen Entscheidungen und Handlungen ab. Somit sind die Mitarbeiter des Krankenhauses das Ziel aller Bemühungen um eine Prägung der angewandten Ethik. Die Frage in wieweit Ethik in einem Unternehmen umgesetzt ist, lässt sich als eine Summe der Entscheidungen, Handlungen und Denkmuster der Mitarbeiter verstehen. Es handelt sich also um ein dynamisches Konstrukt, das zwar teilweise durch die oben dargestellten Instrumente des Ethik-Managements geprägt werden kann, im Wesentlichen aber von der Persönlichkeit der einzelnen Mitarbeiter abhängt. Dementsprechend kommt der Auswahl der Mitarbeiter eine entscheidende Rolle für die Ethik in einem Krankenhaus zu. Es ist zu empfehlen, den Aspekt „ethische Kompetenz“ explizit im Kriterienkatalog der Recruitment-Prozesse zu berücksichtigen und auch im Anforderungsprofil von Stellenbeschreibungen und Stellenanzeigen aufzuführen. Gerade konfessionell getragene bzw. geprägte Krankenhäuser setzen dies bereits vielfach um und tragen so wesentlich zu einer nachhaltigen Entwicklung ihrer Unternehmensethik bei. Allerdings ist die Auswahl ethisch kompe-

tenter Mitarbeiter im Rahmen der Personalgewinnung nur dann wahrscheinlich, wenn die für die Neueinstellung und Auswahlverfahren verantwortlichen Mitarbeiter ebenfalls über eine entsprechende ethische und soziale Kompetenz verfügen.

Die Mitarbeiter sind das Ziel der Prägung für Ethik und prägen diese gleichzeitig selbst. Die Mitarbeiter sind die wichtigste Ressource für Ethik im Krankenhaus.

4.3.2 Führungskräfte und Bottom-up-Ethik

Die Führungskräfte haben hinsichtlich der Ethik im Krankenhaus in verschiedener Hinsicht eine entscheidende Rolle: an erster Stelle steht die Verantwortung und Entscheidung des Managements für ein ethisch ausgerichtetes Krankenhaus, der Prozess der Prägung und Implementierung von Unternehmens- und Individualethik und die Bereitstellung von Personal- und Strukturressourcen. Weiterhin treffen Führungskräfte aktiv Entscheidungen und sind somit für die ethischen Implikationen dieser Entscheidungen verantwortlich. Untergeordnete Mitarbeiter nehmen zudem sehr genau das Verhalten ihrer Vorgesetzten war und bewerten dies. Entsprechend ist die Vorbildfunktion und das Vorleben ethischen Handelns durch die Führungskräfte wichtig um zu vermitteln, dass ethisches Verhalten im Krankenhaus ernst genommen wird. Eine weitere wesentliche Funktion kommt den Führungskräften hinsichtlich ihrer Interaktion mit den nachgeordneten Mitarbeitern zu, bei der sie diese zu ethischem Verhalten motivieren und unethisches Verhalten durch Gespräche und weitere Maßnahmen sanktionieren sollten. Die Bedeutung der Führungskräfte ist so stark, dass ein Krankenhaus mit ethisch verantwortungsvollen und kompetenten Führungskräften auch unabhängig von weiteren Maßnahmen zum Ethik-Management über ein sicheres ethisches Fundament verfügt. Im Gegenzug ist die Gestaltung einer ethischen Unternehmenskultur bei ethisch fragwürdigem Verhalten der Führungskräfte nicht einfach umsetzbar.

Rolle der Führungskräfte für Unternehmensethik:

- **Verantwortung für die ethischen Implikationen der Führungsentscheidungen**
- **Entscheidungsträger für Maßnahmen des Ethik-Managements und die ethische Prägung der Unternehmenskultur**

- **Vorbildfunktion für ethisches Verhalten mit starker Auswirkung auf die informelle Unternehmensethik**
- **Interaktion mit Mitarbeitern: Motivation für Ethik und Sanktion für unethisches Verhalten**

Idealerweise wird der Wille zur Prägung und Entwicklung einer ethischen Unternehmenskultur von höheren Hierarchieebenen mitgetragen. Wenn dieser Wille und diese Kompetenz aber auf den entscheidenden Führungspositionen fehlen, so entbindet dies die Mitarbeiter auf nachgeordneten Ebenen nicht von ihrer ethischen Verantwortung. Auch wenn ein Bottom-up-Ansatz weniger Durchschlagskraft haben wird, als ein von der Führungsebene unterstützter Veränderungsprozess, so ist doch jeder appellative und praktische Impuls auf den Arbeitsebenen zur Verbesserung der gelebten Ethik wertvoll und letztlich aus verantwortungsethischer Sicht geboten.

4.4 Integration und Interaktion von Ethik-Management und anderen Konzepten im Krankenhaus

Viele bestehende Konzepte der Krankenversorgung und des Managements im Krankenhaus weisen eine ethische Dimension auf. Die Betonung dieser Kreuzverbindungen zwischen Ethik und anderen Routinestrukturen und -prozessen kann einen wichtigen Beitrag zur nachhaltigen und tiefen Prägung ethischen Verhaltens im Krankenhaus leisten. Im Folgenden werden die wichtigsten Kreuzverbindungen dargestellt, die für eine Integration und Interaktion von und mit Ethik-Management wichtig sind.

4.4.1 Management

Die Führungskräfte des Krankenhausmanagements treffen die wegweisenden Entscheidungen für die Ausrichtung des Krankenhauses. Ein Großteil sowohl der strategischen als auch der operativen Entscheidungen haben dabei eine ethische Dimension. Auch wenn die Wirkung nicht immer unmittelbar ist, so besteht doch eine Verantwortung des Managements gegenüber den sich im Wirkungskreis ergebenden Folgen der eigenen Handlungen. Diese Verantwortung bezieht sich sowohl auf wirtschaftliche, personelle als auch medizinische Aspekte, wenn diese durch Struktur- und Prozessvorgaben oder andere Managementmaßnahmen beeinflusst werden (s. Kap. 3).

Ethische Verantwortung im Krankenhaus

In ethischer Hinsicht bezieht sich Verantwortung nicht nur auf die unmittelbaren Auswirkungen eigener Entscheidungen und Handlungen, sondern auf sämtliche Folgen, die sich daraus auch im erweiterten Wirkkreis ergeben. Dies bedeutet, dass die Führungsebene Verantwortung für die Auswirkungen ihrer Handlungen auf die Krankenversorgung tragen muss. Gleichzeitig müssen aber auch nachgeordnete Mitarbeiter Verantwortung für ihre Entscheidungen und Handlungen übernehmen. In diesem Sinne ist also sowohl der Manager für

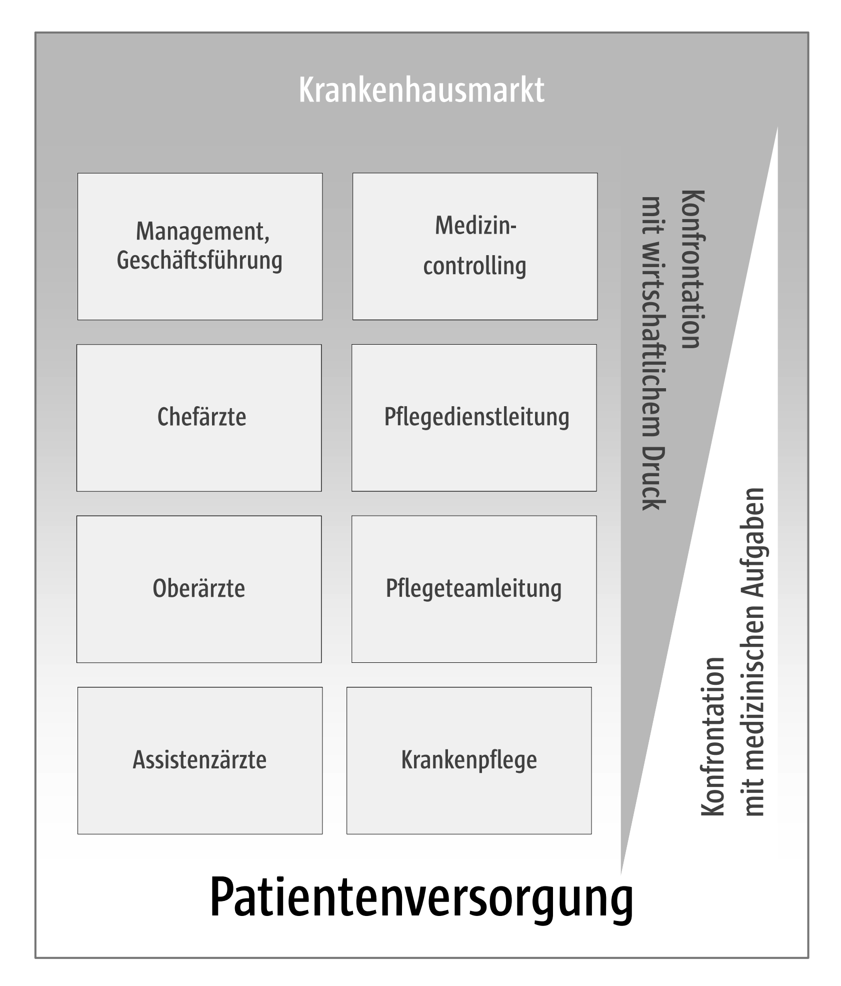


Abb. 5 Verantwortung zwischen Krankenhausmarkt und Patientenversorgung. Die verschiedenen Hierarchieebenen stehen in unterschiedlicher Nähe zum wirtschaftlichen Druck des Krankenhausmarktes auf der einen Seite und zur Konfrontation mit dem Leid des Patienten. Trotzdem muss auf jeder Hierarchieebene Verantwortung für die Auswirkungen der eigenen Handlungen auf Patientenversorgung und wirtschaftliche Situation übernommen werden.

die tatsächliche medizinische Qualität der Patientenbehandlung, als auch der Assistenzarzt für die Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses mitverantwortlich. Unterschiede gibt es aber hinsichtlich des Wirkungsgrades, der wiederum für die verschiedenen Hierarchiestufen sehr heterogen ausgeprägt ist. Ebenfalls unterschiedlich ausgeprägt ist die Konfrontation mit den Konsequenzen der Handlungen: während ein Assistenzarzt täglich mit Leben und Leid der Patienten konfrontiert wird und somit einem *medizinischen Druck* ausgesetzt ist, so ist die Führungsetage einem starken *wirtschaftlichen Druck* ausgesetzt. Dieser medizinische bzw. wirtschaftliche Druck darf nicht mit der Verantwortung verwechselt werden (vgl. Abb. 5).

Ethik ins Management zu implementieren bedeutet, dass die Krankenhausmanager die Auswirkungen der Entscheidungen hinsichtlich ihrer möglichen Wirkungen in ethischer Hinsicht reflektieren und mögliche Konflikte benennen. Diese Reflexion ist komplex und bedeutet beispielsweise keineswegs zwingend, dass ein maximaler Ressourceneinsatz auf die Patientenversorgung priorisiert wird. Vielmehr besteht die Herausforderung darin, zwischen Interessen der Patientenversorgung verschiedener Fachbereiche, Interessen des Unternehmens, der Arbeitnehmer sowie der Stakeholder der Makroebene abzuwägen und dabei auch Aspekte wie Nachhaltigkeit, Opportunitätskosten und die Bedingungen des Gesundheitssystems zu berücksichtigen (s. Abb. 6).

In den Lehrbüchern der allgemeinen Wirtschaftsethik findet sich für den Fall, dass ethische Managemententscheidungen nicht mehr möglich sind, die Empfehlung eine Exit-Strategie zu überdenken und das Unternehmen aufzulösen oder grundsätzlich auf andere Wirtschaftsbereiche auszurichten. Diese Option wird für die meisten Krankenhäuser nicht in Frage kommen, da ein wichtiger Versorgungsauftrag zu erfüllen ist. Es ist also wichtig, dass sich das Management, trotz vieler potenziell ethisch kritischer Fallstricke, die Handlungsfähigkeit erhält und verantwortungsvolle und weitsichtige Entscheidungen trifft. Hierfür ist eine hohe ethische Kompetenz und Reflexionsfähigkeit wichtig, die durch Schulungen und Coachingmaßnahmen der Führungsetage unterstützt werden kann (vgl. auch Kap. 4.3).

Für den Krankenhausmanager ist es wichtig etwaige Zielkonflikte bzw. ethische Dilemmata zu erkennen und zu beschreiben. Gleichzeitig sollten die Werte und Prinzipien des Krankenhauses in den Zielvorgaben und Anweisungen der meist transaktional ausgerichteten Managementinteraktionen berücksichtig werden (Management by Objectives). Hiermit kann wiederum der Übergang zu einem transformationalen Führungsstil geebnet werden, der die Steigerung der intrinsischen Mitarbeitermotivation durch Einigung gemeinsamer Ziele und Visionen fördert.



Abb. 6 Verantwortung im Krankenhaus

Interessant ist auch die Integration etablierter Managementkonzepte in den Kontext des Ethik-Managements. Hierfür bietet sich beispielsweise das St. Gallener Managementmodell (SGMM) an, das bereits explizit die normativen Aufgaben des Managements betont. Ein weiteres Beispiel ist das Konzept der Werteorientierten Unternehmensführung (Value-Based-Management). Dies zielt zwar eigentlich auf eine Steigerung des Unternehmenswertes in monetärer Hinsicht ab, kann aber durchaus auch ethisch modifiziert werden, das heißt im Sinne einer Steigerung des ethischen und medizinischen Wertes des Krankenhauses für die versorgten Patienten, Angehörigen und Mitarbeiter.

4.4.2 Qualitätsmanagement

Wie in diesem Kapitel bereits an vielen Stellen dargelegt, ist das Management von Ethik untrennbar mit dem Management von Qualität verknüpft. Je nach Sichtweise lässt sich die Ethik als Teilgebiet der Qualität im Krankenhaus verstehen und in diesem Verständnis entspricht auch das Ethik-Management einem Teilgebiet des Qualitätsmanagements. Wenn ein Krankenhaus über ein funktionierendes Qualitätsmanagement-System verfügt, so ist es sinnvoll, sowohl für die personellen Strukturen, als auch die schriftliche Konstituierung der Strukturen und Prozesse des Ethik-Managements Synergieeffekte mit dem Qualitätsmanagement zu nutzen. Praktisch bedeutet dies, dass im Rahmen der projektartigen Erarbeitungs- und Einführungsphase die Inhalte des Ethik- und Verhaltens-Kodex auch im Qualitätsmanagementhandbuch dargestellt werden (meistens im ersten Abschnitt, der die Unternehmens- und Qualitätsphilosophie darstellt). Auch das Konzept, nach dem sich das Ethik-Komitee zusammensetzt und wie es arbeitet oder die Aufgaben des Ethikbeauftragten, ein Organigramm der ethischen Gesamtstruktur und andere Verfahrensbeschreibungen gehören in das Qualitätsmanagementhandbuch. Hierdurch wird sowohl die Transparenz als auch die Verbindlichkeit unterstützt, gleichsam aber auch die Grundlage für einen organisierten, kontinuierlichen Verbesserungsprozess gelegt (vgl. KVP etc., Kap. 4.2.4). In diesem Sinne ist die Dimension Ethik auch bereits von einigen Zertifizierungsgesellschaften bzw. Qualitätsmanagementsystemen als Qualitätskriterium aufgegriffen worden (z.B. proCum Zert und KTQ).

Ethik als Qualitätsdimension

Die 4QD-Qualitätskliniken.de GmbH ist ein Tochterunternehmen mehrerer deutscher Krankenhausunternehmen zur Förderung der Transparenz über die Qualität von Gesundheitsdienstleistungen und unterhält u.a. das Internet- Portal „Qualitätskliniken.de“. 4QD steht für vier Qualitätsdimensionen: Medizinische Qualität, Patientensicherheit, Patientenzufriedenheit und Einweiserzufriedenheit. Als fünfte Qualitätsdimension wurden Indikatoren für Ethik und Werte hinzugefügt. Diese setzen sich aus Indikatoren der Rahmenbedingungen für ethisches Handeln und Ethisches Handeln im Alltag für alle Abteilungen zusammen.

Die teilnehmenden Krankenhäuser können angeben, ob sie Rahmenbedingungen für ethisches Handeln gesetzt haben: ob es zum Beispiel eine schriftliche werteorientierte Aussage in ihrem Haus gibt, die durch die Klinikführung für die gesamte Organisation umgesetzt wurde, ob allen Mitarbeitern der patientennahen Versorgung mindestens einmal pro Jahr auf einer Veranstaltung die Möglichkeit zum Diskurs gegeben wird, ob ein Ethik-Komitee gegründet wurde,

das mindestens zweimal pro Jahr tagt, und ob Patienten, Angehörige oder Mitarbeiter die Einberufung einer ethischen Fallbesprechung anregen können.

Eine weitere Kreuzverbindung ergibt sich auch für die Dokumente des Qualitätsmanagementsystems, die Unternehmensbereiche außerhalb der unmittelbaren Elemente des Ethik-Managements betreffen. Hier kann eine laufende Routineprüfung neu erstellter Qualitätsmanagementdokumente hinsichtlich der Konkordanz mit der Unternehmensethik sinnvoll sein. So ein Vorgehen ist aber aufwendig und sollte nach Möglichkeit nicht zusätzliche Personalressourcen einbinden – zielführender ist es, wenn die primär mit der Erstellung der QM-Dokumente betrauten Mitarbeiter über die nötige ethische Sensibilität verfügen und diese mit in ihre Arbeit einbringen. Nur ethisch besonders kritische QM-Dokumente sollten zusätzlich durch das Ethik-Komitee oder den Ethik-Beauftragten geprüft werden.

4.4.3 Veränderungsmanagement – Changemanagement

Viele Krankenhäuser befinden sich in einem weitreichenden Veränderungsgeschehen, das sich auf die Verbesserung der Effizienz und Effektivität, Umgang mit Ressourcenmangel, Innovationen sowie auf veränderte Anforderungen von Patienten und Mitarbeiter erstreckt. Um eine Unternehmenskultur zu gestalten, die offen und konstruktiv mit diesen Veränderungen umgeht und diese so möglichst erfolgreich bewältigt, wurde in einigen Krankenhäusern ein Veränderungs- bzw. Changemanagement institutionalisiert. Diese Instanzen haben sich in den letzten Jahrzehnten bereits in klassischen Wirtschaftsunternehmen bewährt. In gewisser Weise handelt es sich beim Changemanagement um eine Funktion, die die Unternehmenskultur „heilen“ oder positiv modifizieren soll. Entsprechend wird methodisch auf systemische, psychologische und soziologische Techniken zurückgegriffen. Im Zentrum steht die Entwicklung und Ausrichtung auf gemeinsame Ziele und Visionen, wie es auch Grundlage des transformationalen Führungsstils ist. Es liegt auf der Hand, dass gemeinsame Werte und Prinzipien die Grundlage eines erfolgreichen Changemanagements sind und es entsprechend viele Schnittstellen und Synergieeffekte mit dem Ethik-Management gibt. In diesem Sinne gibt es eine wechselseitige Beziehung. Zum einen kann die Entwicklung einer gemeinsam getragenen Unternehmensethik als Changemanagement-Prozess verstanden werden, der die Unternehmenskultur positiv prägen soll. Zum anderen kann eine konsentierte Unternehmensethik als Baustein des Changemanagements betrachtet werden, der für einen erfolgreichen Veränderungsprozess die Grundlage legt.

4.4.4 Partizipative Entscheidungsfindung und Evidenzbasierte Medizin

Viele der sich im Krankenhaus ergebenden ethischen Konflikte entstehen aus konkurrierenden Interessen zwischen medizinischer Qualität und Wirtschaftlichkeit und berühren somit Fragen nach Über-, Unter- oder Fehlbehandlung. Um hier angemessene Entscheidungen zu treffen, ist die Berücksichtigung evidenzbasierter Leitlinien sowie der Präferenzen des informierten, aufgeklärten Patienten äußerst wichtig. Die Evidenzbasierte Medizin (EBM) bietet rationale, meist studienbasierte Empfehlungen zu Indikation, Umfang und Inhalt der medizinischen Behandlung. Auch wenn es nicht für jede individuelle klinische Situation eine eindeutige Empfehlung gibt, so ist doch der überwiegende Teil der in Krankenhäusern üblichen Behandlungsoptionen über die Empfehlungskategorien bzw. Evidenzgrade der evidenzbasierten Medizin abgebildet. Um nicht nur die individuelle medizinische Situation, sondern auch die persönlichen Präferenzen des Patienten zu berücksichtigen wurde das ergänzende Konzept der Partizipativen Entscheidungsfindung entwickelt (Shared Decision Making, SDM). Hierbei handelt es sich um eine Methodik, die eine angemessene Aufklärung und Wahlmöglichkeit des Patienten über die evidenzbasierten Behandlungsoptionen sicherstellt. Dadurch, dass der Patient hier eine aktive Rolle im Entscheidungsprozess einnimmt und gleichzeitig eine strukturierte Aufarbeitung der medizinischen Optionen erfolgt, ergibt sich eine höhere Wahrscheinlichkeit für adäquate Medizin, die Über-, Unter- und Fehlversorgung minimiert.

Ein Krankenhaus das dazu in der Lage ist seine Medizin konsequent auf die Empfehlungen von Leitlinien bzw. Evidenzbasierter Medizin sowie partizipative Entscheidungsfindung (SDM) auszurichten, wird mit großer Wahrscheinlichkeit ethische Konflikte zwischen Wirtschaftlichkeit und medizinischer Qualität sauber und reibungsfrei lösen können. Gleichzeitig werden sich die Zufriedenheit des an der Krankenversorgung beteiligten Personals, sowie die haftungsrechtliche Sicherheit erhöhen. Schon jetzt lässt sich beobachten, dass Ärzte denjenigen Arbeitgeber präferieren, der ihnen die Möglichkeit gibt, evidenzbasiert zu arbeiten. Und auch die Erhöhung von Haftungsprämien für Krankenhäuser ohne erkennbare Sicherstellung der Leitlinien-Compliance erscheint für die Zukunft nicht unwahrscheinlich.

4.4.5 Klinische Ethik und Organisationsethik

Klinische Ethik am Krankenbett ist ein klassisches Thema der Medizinethik und wird in vielen Krankenhäusern bereits seit Jahrzehnten strukturiert begleitet. Kern der Strukturen sind meist klinische Ethik-Beauf-

tragte sowie klinische Ethik-Komitees (KEK), teils gibt es auch eine Interaktion mit der Seelsorge. Diese Strukturen bieten eine unabhängige Beratung und Beurteilung medizinethisch schwieriger Situationen am Krankenbett, wie sie beispielsweise am Lebensende oder bei freiwilligem Therapieverzicht entstehen.

Die Förderung dieser Strukturen hat mehrere Vorteile. An erster Stelle steht der unmittelbare Nutzen der Hilfestellung für die in der Krankenversorgung beschäftigten Mitarbeiter. Die Erfahrungen zeigen, dass auftretende Unsicherheiten aber auch Teamkonflikte durch eine präsente klinische Ethikberatung erfolgreich reduziert werden können. Auch wenn im Zentrum der klinischen Ethik-Beratung ethische Konflikte um individuelle Patienten stehen, ist diese doch ein wichtiger Teilbereich der Unternehmensethik, da es sich bei der Patientenversorgung aus unternehmerischer Sicht um den entscheidenden Kernprozess des Krankenhauses handelt.

Es gibt aber auch eine Wirkung auf andere Bereiche der Unternehmensethik. Durch die gesteigerte Reflexion und Präsenz ethischer Werte und Prinzipien, erhöht sich allgemein die ethische Kompetenz der Mitarbeiter und das Bewusstsein, dass das Wohl des Patienten und die Ethik in diesem Krankenhaus wichtig sind und ernst genommen werden. In diesem Sinne ist es gut, wenn die klinische Ethik nicht nur von Ärzten, Pflegekräften und anderen Gesundheitsberufen getragen wird. So können im klinischen Ethik-Komitee auch Mitarbeiter anderer Berufsgruppen (z.B. Verwaltung/Management) mitwirken und auch konkrete interessante Fälle können beispielsweise in der Unternehmenszeitung veröffentlicht werden. Wenn ein Krankenhaus aktives Ethik-Management zur Prägung der Unternehmensethik betreibt, so sollte die organisatorisch und inhaltlich eng mit den klinischen Ethik-Strukturen verwoben werden. Hierzu passend zeigen die Erfahrungen der letzten Jahre, dass klinische Ethikberatungen zunehmend auch für eine neutrale Beurteilung von Konflikten im unternehmensethischen Spannungsfeld angesprochen werden, zumal viele Konflikte nicht eindeutig dem Feld der Unternehmensethik oder der klinischen Ethik zuzuordnen sind.

Weiterführende Literatur

Ariely D (2013) The Honest Truth About Dishonesty: How We Lie to Everyone–Especially Ourselves (International). Harper New York

Doig A, Wilson J (1998) The Effectiveness Of Codes Of Conduct. Business Ethics: A European Review, 7(3):140–149

Ertl-Wagner B, Steinbrucker S, Wagner BC (2012) Qualitätsmanagement und Zertifizierung: Praktische Umsetzung in Krankenhäusern, Reha-Kliniken, stationären Pflegeeinrichtungen, 2. Auflage. Springer Heidelberg

Grabner-Kräuter S (2000) Zum Verhältnis von Unternehmensethik und Unternehmenskultur. Zeitschrift für Wirtschafts- und Unternehmensethik, 1(3):290–315

Noll B (2013) Wirtschafts- und Unternehmensethik in der Marktwirtschaft. Kohlhammer Stuttgart

Sobhani B (2009) Strategisches Management Zukunftssicherung für Krankenhaus und Gesundheitsunternehmen. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin

Zitierte Literatur

Tenbrunsel AE, Smith-Crowe K, Umphress EE (2003) Building Houses on Rocks: The Role of the Ethical Infrastructure in Organizations. Social Justice Research, 16(3):285–307

5 Motivation und Engagement der Mitarbeiter

Hohe Kunst des Managements: Die Pflege von Motivation und Engagement. Entscheidend: Das freiwillige Moment und die Ethik der Gabe. „Ethical Moral Values“ als Fundament managerialen Denkens und Handelns. Verantwortung für den Anderen.

Gras, so sagt ein altes Sprichwort, wächst nicht schneller, wenn man daran zieht. Ein gutes Management muss sich nicht um die Motivation und das Engagement seiner Anvertrauten („Mitarbeiter“) sorgen, denn diese sind in der Regel vorhanden und werden durch gutes Management ständig gefördert. Ein schlechtes Management kann jedoch beide erheblich stören, mindern oder gar zerstören. Ethische Kompetenz und Wachheit der Führungskräfte („ethical awareness“) achtet die sensiblen Phänomene von Achtung, Selbstachtung und Wertschätzung und wird damit zu einem positiven Betriebsklima beitragen.

5.1 Engagement und Patientenorientierung

Aus einem Untersuchungsbericht zur Situation eines Klinikums

Mitarbeiter berichten häufig, dass sie nicht mehr gerne freiwillig etwas hergeben, sich nicht mehr freiwillig engagieren, weil die Leitung ihnen zu viel abpresst und sie nicht gut behandelt. Die Formel lautet: ‚Wenn das Unternehmen nicht fair mit mir und anderen umgeht, dann bin ich es auch nicht. Wir strengen uns an, das Klinikum streicht die Lorbeeren ein und meckert uns an, dass es noch immer nicht genug ist. Irgendwann hörst Du auf mit Engagement.

Wer ein Krankenhaus führt und mitgestaltet muss sich persönlich für engagierte Teams in der Patientenversorgung engagieren. Die Pflege der personellen Voraussetzungen echter Patientenorientierung aller Mitarbeiter, d.h. ihrer Menschlichkeit, ist eine Königsdisziplin für Führungskräfte. Sie sollte ein aktiv verfolgtes und kontrolliertes Ziel im Rahmen der Unternehmensstrategie sein. Nur wenn Ärzte, Therapeuten und Pflegende in jeder Hinsicht wach und aufmerksam sind, wenn sie zueinander und zu den Patienten zugewandt sind und daraus eine lebendige Verantwortung entwickeln, kann eine gute und sichere Patientenversorgung gelingen. Dafür zu sorgen ist zuallererst Aufgabe der Führungsspitze und des Top-Managements.

> ***Aufbau und Pflege der personellen Voraussetzungen echter Patientenorientierung und Menschlichkeit der Mitarbeiter ist eine Königsdisziplin für Führungskräfte im Krankenhaus. Dies sollte ein aktiv verfolgtes und kontrolliertes Ziel der Unternehmensstrategie sein.***

So verstandenes Engagement ist nicht primär ein psychologisches Phänomen, sondern ein existenzielles und damit auch ethisches. Die Patienten, ihre Angehörigen und die Bevölkerung insgesamt erwarten von den Ärzten und anderen Heilberufen ein Engagement, das dem Ethos des Helfens und Heilens entspricht. Verantwortung ist dabei wörtlich zu verstehen als „dem Gegenüber Antwort geben". Dazu gehört das Sehen des Patienten, das „Wahr-nehmen", das Sprechen, das Sorgen. Die Einrichtungen des Gesundheitswesens und ganz besonders die Kliniken müssen dieses sensible und zugleich wesentliche Moment einer medizinischen Kultur pflegen und schützen. Darüber hinaus sollte auch der Politik dieses Herzstück der Gesundheitsberufe schützenswert sein, damit es nicht unter dem Zugriff von ökonomischen Kennzahlen und Kontrollparagraphen erstickt wird. Es muss sich für Krankenhäuser auch wirtschaftlich lohnen, engagierte und fähige Teams zu entwickeln.

Management muss das Engagement der Teams pflegen und erhalten. Ärzte und Pflegende, die nicht gerne ihre Arbeit machen, die erschöpft oder „ausgebrannt" sind oder „Dienst nach Vorschrift" machen, können keine „gute Qualität" der Versorgung gewährleisten. Es sind viele scheinbar kleine Einzelheiten, die über die Qualität der Versorgung entscheiden und die Sicherheit der Patienten beeinflussen. Diese entziehen sich oft der Aufsicht und der messenden Qualitätskontrolle, auch weil sie mit der richtigen Indikationsstellung und dem Auslösen medizinisch-pflegerischer Maßnahmen zusammenhängen.

Schwestern, Pfleger und Ärzte müssen oft schnell reagieren, wenn es Patienten schlecht geht oder Anzeichen für Gefahr – beispielsweise kritische Laborbefunde oder Monitoralarme – auftauchen. Dazu braucht es Qualifikation und Wissen, Energie und Wachheit und Motivation. Gleichgültige Mitarbeiter sind im Krankenhaus fehl am Platz. Manchmal geht es um Minuten oder sogar um Sekunden, beispielweise bei einer akuten Blutung, einem Notkaiserschnitt, einem Infarkt, einem Schlaganfall oder einer psychotischen Krise. Auch in weniger dramatischen Szenen sind Aufmerksamkeit und Geduld erforderlich, um beispielsweise eine Einverständniserklärung zu bekommen oder um überhaupt das Problem des Patienten oder seiner Angehörigen zu verstehen. Selbstverständlich ist das Bemühen um die richtige Diagnose und die angemessene Therapie. Beides verlangt ein ständiges Bemühen um den Patienten und um die Erlangung des bestmöglichen Wissens.

Engagements im Krankenhaus

In der Notaufnahme eines Großklinikums herrschte seit Monaten schlechte Stimmung. Die Arbeitsbelastung war hoch, die Räumlichkeiten beengt, Angehörige von Patienten warteten ungeduldig, einige verhielten sich aggressiv. Viele Mitarbeiter waren müde, gereizt und hatten sich eine Schutzschicht von Routineverhalten umgelegt. Da wurde ein schwer verletztes Kind in lebensbedrohlichem Zustand vom Notarztwagen gebracht. Schlagartig elektrisierte sich das gesamte Team. Plötzlich liefen alle Abläufe ohne Anordnung oder Kommando. Pflegende und Ärzte arbeiteten auf Hochtouren, es wurde gerannt, gegenseitig geholfen, egal ob man den Kollegen mochte oder nicht, egal ob Arzt oder Schwester. Am Ende wurde das Kind gerettet, das Team war erschöpft, aber zufrieden. Lediglich die Fragebögen der Abteilung für Qualitätsmanagement zur Erfassung der Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen trübte die Stimmung, denn etliche Patienten mit leichten Beschwerden, die länger warten mussten, gaben später negative Bewertungen der Abteilung zu Papier. Einige Angehörige beschwerten sich. Das Qualitätsmanagement rügte das Team, das schlechte Bewertungen erhalten hatte.

Es gehört zum Ethos der Medizin und der Heilberufe selbstlos und gerecht Hilfe zu leisten, und zwar zu jeder Zeit, Tag und Nacht, während der Arbeit, auf der Straße, selbst im Urlaub. Dieser Anspruch bleibt auch dann bestehen, wenn die Angehörigen der Gesundheitsberufe und ihre Verbände finanzielle Interessen verfolgen. Auch (und gerade!) ein um gutes Einkommen kämpfender Arzt oder Pfleger muss schnell reagieren, sich körperlich bewegen, sich in jeder Hinsicht vollständig einsetzen, wenn es die Not eines Menschen verlangt. Wirtschaftliche Ziele müssen in der Situation der Not und Gefahr eines Patienten zurückgestellt werden. Selbst, wenn einzelne Personen ihre persönlichen wirtschaftlichen Ziele

verfolgen und auch wenn die Erwirtschaftung von Profiten das Formalziel eines privaten Klinikbetreibers ist, gehört in der konkreten Versorgungssituation die vollständige Priorität der Gesundheit und dem Leben des Patienten.

Hygienemaßnahmen, die mit über die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit entscheiden, sind nur mit echtem Engagement der Mitarbeiter effektiv. Niemand kann hinreichend überwachen, ob die Händedesinfektion oder die Sterilitätserfordernisse beim Operationsbesteck wirklich eingehalten werden. Niemand kann kontrollieren, ob die Nachtschwester bei einem Herzstillstand sofort oder erst nach einigen Minuten das Reanimationsteam ruft. Niemand kann die Sorgfalt eines Operateurs, eines Anästhesisten oder eines Arztes im Herzkatheterlabor vollständig überwachen. Es gibt unendlich viele einzelne Tätigkeiten und Aufmerksamkeiten im Handeln des medizinischen Personals die sich nicht überwachen lassen. Solche lebenswichtigen Aufmerksamkeiten und Handlungen können nur durch die Akteure selbst erfolgen.

Es gehört zu den Aufgaben der Chefärzte und Pflegedirektoren die Qualität ihrer Teams zu pflegen. Es gehört aber letztlich auch zu den Aufgaben des gesamten Klinikmanagements, dass das Ethos der Heilberufe, unabhängig von der Person des Patienten und unabhängig von nicht-medizinischen Interessen, das Entscheiden und Handeln im Krankenhaus bestimmt. Das medizinische Ethos ist so verstanden kein Privileg einer besonderen Berufsgruppe, sondern es spiegelt die Grunderwartung der Menschen an den Arzt als Repräsentant der Medizin, an die Pflegekräfte und Therapeuten sowie an das Krankenhaus als die Institution der medizinischen Versorgung wider.

Ohne eine intrinsische Motivation kann keine hohe Versorgungsqualität erfolgen. Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung können mit noch so ausgefeilten Kontrollen dieses Moment nicht ersetzen. Deshalb ist die Pflege dieser Motivation eine Aufgabe aller Führungskräfte, von der ärztlichen Direktion bis zum Personalmanagement und der kaufmännischen Leitung. Das Ansehen des Klinikums ist hochgradig abhängig von dem Vertrauen, das Patienten und Bürger ihm entgegenbringen können. Die vielfach beschworene „Qualität“ braucht als Fundament eine Unternehmenskultur, die das Ethos der Medizin und Heilberufe im Herzen hat.

» ***Kennzahlen und Qualitätskontrollen versagen bei vielen für die tatsächliche Versorgungsqualität wesentlichen Details auf der unmittelbaren, schwer objektivierbaren Arbeitsebene. Hier kann medizinische Qualität nur durch die Förderung des Engagements der Mitarbeiter gesichert werden.***

5.2 Das Moment der Freiwilligkeit

Engagement für den Patienten bedeutet mehr als eine vertraglich geregelte Dienstleistung, die durch ein Leistungsentgelt abgeglichen wird. Das über den Vertrag hinausgehende „Plus" ist eine freiwillige Gabe, ein Geschenk, das gerne gegeben wird, das keinen Preis kennt oder verlangt und das keine Schuldigkeit hervorruft. Es ist genau jenes Moment, das der Arbeit in der Medizin und Pflege ihren Reiz gibt und wesentlich zur Berufszufriedenheit beiträgt. Fehlt dieses Moment in der Kultur des Klinikunternehmens so kann es längerfristig zur Bedrohung führen.

Das Moment der Freiwilligkeit und Fürsorge gibt der Arbeit in der Medizin und Pflege ihren Reiz und trägt wesentlich zur Berufszufriedenheit bei. Fehlt dieses Moment in der Kultur des Klinikunternehmens hat dies ernste Folgen für den Erfolg des Krankenhauses.

In der Sprache und Denkweise eines auf Effizienz und Wettbewerb ausgerichteten Krankenhausmanagements erscheint dieses so wichtige Element guter Qualität nur selten. Vielleicht wurde das Ethos des Helfens und Heilens zu oft überhöht und missbraucht. Sicher wurde es auch als „Helfersyndrom" psychologisiert und denunziert. Oder es wurde verwechselt mit einer realen Liebesbeziehung, die dann als Peinlichkeit und Heuchelei erlebt wird. Wie dem auch sei, das gesamte Führungsverhalten im Krankenhaus sollte die „innere Flamme" der Heilberufe nähren und nicht ersticken. Das ist eine Aufgabe, die nicht gegen das betriebswirtschaftliche Denken und Handeln auf der Basis von Kennzahlen und ökonomischen Parametern steht, sondern die diesem vorausgehen muss. Dabei können philosophisch ethische und auch theologische Gedanken sehr hilfreich sein.

Supererogation

Manzeschke und Brink verweisen auf einen Begriff aus der Theologie, der zwar wenig anschaulich sein mag, aber im Kern genau jenes Moment erfasst, das hier vom Management verstanden und übernommen werden sollte: „Supererogation" bezieht sich auf ein Handeln, das sich „spontan und freiwillig (ereignet) und [...] sich durch Großherzigkeit oder Opferbereitschaft gegenüber anderen auszeichnet. Während Außenstehende die Tat als moralisch hochstehend bewundern, verstehen die Handelnden ihr Tun als selbstverständlich, als ihre Pflicht oder als das, was nötig ist. [...] Die Erzählung vom barmherzigen Samariter (Lk 10, 25–37) hat diesem Phänomen seinen Namen gegeben [...]."

Freiwilligkeit und Unternehmenskultur

In einem Klinikum der Grund- und Regelversorgung hatte der Vorstand eine gute Idee. Es sollte eine Patientenbibliothek eingerichtet werden. In einem Rundschreiben wurden die Mitarbeiter gebeten, Bücher zu spenden, die sie schon gelesen hatten. Die Aktion brachte keinen Erfolg. Viele Mitarbeiter hatten sich darauf geeinigt, keine Bücher zu stiften. Es wurde betont, dass man sehr gerne Bücher geben würde, dass man dies aber nicht tue, weil „die Verwaltung" jede Möglichkeit der Einsparung nutzen würde, Überstunden oft nicht bezahle, freiwilliges Engagement nicht wertschätzen würde.

In einem anderen, wirtschaftlich defizitären Krankenhaus befanden sich ein junger Assistenzarzt der Inneren Abteilung und ein kurz vor dem Ruhestand stehender chirurgischer Oberarzt nachts in der Aufnahmestation. Ein Patient erlitt einen Atemstillstand und musste reanimiert und intubiert werden. Der junge Arzt war überfordert. Die diensthabende Schwester bat den Oberarzt um Hilfe. Dieser wand sich ab mit der Bemerkung, es handele sich um einen internistischen Patienten. Er selbst sei nicht zuständig und rein formal hatte er damit Recht. Erst mit erheblicher Verzögerung leistete er Hilfe.

Es muss nicht betont werden, dass im Falle der Unterlassung medizinischer Hilfeleistung sowohl ethisch als auch rechtlich ein Verstoß gegen ärztliche Pflichten vorliegt. Wer heute in Kliniken „vor Ort" die Realität der Patientenversorgung beobachtet, muss eingestehen, dass auch bei vorhandenen Qualitätszertifikaten die Versorgung an „Nicht-Zuständigkeit" einzelner Personen aus Medizin und Pflege leiden kann.

Man kann diese einzelnen Personen kritisieren oder bestrafen, wird aber bei näherer Untersuchung zu dem Ergebnis kommen, dass auch ein Organisationsversagen vorliegt. Ärztliche Führungskräfte, die seit Jahren jede zweite Nacht Rufbereitschaft haben und unter permanenter Anspannung stehen, werden zum Risiko für ihre Patienten. Hier haben die Arbeitsbedingungen dazu beigetragen, die Bereitschaft schon zum „normalen" Engagement zu vermindern.

Giovanni Maio verweist auf die Gefahr, „[...] dass wir uns durch die Übermacht ökonomischen Denkens immer mehr vom Geben selbst verabschieden. Wenn aber gerade in der Medizin nicht mehr das Geben das Bestimmende ist, dann ist es fraglich, ob wir überhaupt noch von Medizin, von einer sozialen Praxis sprechen können." Neben der Ökonomisierung sieht Maio in der „Prozeduralisierung und Managerialisierung des Helfens" jene Kräfte, die „[...] – so notwendig sie auch sein mögen- auch eine einseitige Blickrichtung auf die Helfersbeziehung fördern." (Maio 2014)



Das Moment der Freiwilligkeit sollte durch reflektierte Aktivität des Managements gepflegt werden.

5.3 Großherzigkeit als Unternehmensziel?

Wenn Maio die „Ausrichtung am Managementdenken" dafür mit verantwortlich macht, dass Güte, Großherzigkeit und Barmherzigkeit aus der Praxis des Helfens verdrängt werden und von einer „Marginalisierung der Grundmotivation zur Hilfe" spricht, dann spricht er zweifellos ein empirisch beobachtbares Phänomen an. Tatsächlich sind Güte und Barmherzigkeit weder in der Theorie noch in der Praxis der meisten Kliniken ernsthaft verfolgte Ziele. Wo sie, wie bei verschiedenen konfessionellen Kliniken, in den Unternehmensgrundsätzen erwähnt werden fehlen doch in der Regel für die Mitarbeiter verbindliche Übersetzungen.

Umso wichtiger ist es dann aber, genau diese Ziele in die Praxis des Managements im Sinne einer aktiven, maßnahmengestützten Förderung durch die Unternehmensführung zu integrieren. Dieses würde dann nicht nur den Patienten und Angehörigen guttun, sondern auch den Mitarbeitern aus Medizin, Pflege, Verwaltung und dem Management selbst. Es ist davon auszugehen, dass das gesamte Klinikum davon nicht nur „moralisch" sondern auch wirtschaftlich profitiert, sowohl durch die oben beschriebenen Auswirkungen auf die Qualität, als auch durch die Außenwirkung (s. Kap. 6). Manche, insbesondere die konfessionellen Krankenhausträger haben dies erkannt und versuchen, aus ethischen Zielen eine „Marke" zu machen, welche die Besonderheit ihrer Einrichtungen charakterisiert und im politisch verordneten Wettbewerb der Krankenhäuser Vorteile bringen soll.

Der Erfolg einiger konfessioneller und frei-gemeinnütziger Krankenhäuser zeigt, dass „Ethical Moral Values" als Fundament des Denkens und Handelns der Unternehmensführung und damit als Profil eines Krankenhauses einen unternehmerischen Wert erzeugen können.

Den konsequenten „managerialen" Aufbau ihrer Krankenhausunternehmen auf der Basis von „Ethical Moral Values" hatten bereits Ende des vorigen Jahrhunderts kirchliche Einrichtungen wie die evangelische Henriettenstitung Hannover oder die Kliniken der Barmherzigen Brüder in Österreich begonnen. Hintergrund war nicht die heute im Vordergrund stehende „Ökonomisierung", sondern das Aussterben der seit dem Mittel-

alter das west- und mitteleuropäische Hospitalwesen prägenden Schwestern- und Brüderschaften, die aus religiösen Gründen ihre Leben dem „Dienst am Kranken“ gewidmet hatten. Deren „Spirit“ sollte in eine zeitgemäße Form überführt und auf die Ebene der Organisationen übertragen werden. Hinzu kamen die Impulse der von Peter Drucker inspirierten Management-Wissenschaft, die im Sinne Druckers neben der Beachtung „harter Fakten“ auch die Notwendigkeit der Berücksichtigung „weicher Faktoren“ im Management forderte. Die nun zum Entwicklungsziel von Unternehmen erklärten Konzepte von „Corporate Identity“, „Corporate Philosophy“ und „Corporate Design“ sollten fortan die „Principles of Leadership“ beziehungsweise das Verhalten der Führungskräfte prägen.

Peter Drucker verweist in Bezug auf „harte“ und „weiche“ Faktoren auf viele Gemeinsamkeiten zwischen Management und Medizin. Beiden geht es um den praktischen Erfolg. Beide müssen harte und weiche Faktoren beachten und nutzen. Die Ausführungen Druckers haben hohe Übereinstimmungen mit denen des Arztes Victor v. Weizsäckers (s. Kap. 3):

> *“Management resembles medicine also, in that there is both a ‘hard’ side to it and a ‘soft’ side to it. The physician needs a lot of standard data, from taking the patient’s temperature, to taking the patient’s weight, and to prescribing a specific diet, or a specific medicine. But the physician also needs to look at the patient as a human being, and not as an inanimate object. Similarly, the executive in any organization, whether a business, a nonprofit-organization, or a government agency, needs both ‘soft’ and ‘hard’ skills.” (Drucker 1997)*

5.4 Aufrichtigkeit

> Von einer besonderen Gefahr des Missbrauchs von Ethik in Organisationen spricht der Soziologe Reimer Groenemeyer. Sie sei dann „im Begriff, eine Art Organisations-Software zu werden, die nichts anderes als die Effizienzsteigerung in der Organisation im Sinn hat. Ethik kann somit zu einem betriebswirtschaftlichen Instrument degenerieren, das zur Optimierung von Führungsstilen und Produktionsabläufen beitragen will und soll.“ Diese kritische Position findet man tatsächlich auch bei vielen Mitarbeitern im Krankenhaus, die sich den Vorgaben des Managements mit dem moralischen Argument versperren oder widersetzen, dass ökonomisches Denken und Handeln im Gesundheitswesen fehl am Platze sei und nicht unterstützt werden sollte.

Das positive Bekenntnis eines Krankenhausträgers zur „Ethik“ ist in Deutschland nicht unumstritten, wird aber von vielen Menschen gleichzeitig gewünscht und gefordert. In der Praxis der Ethikberatung finden

sich immer wieder verächtliche Abwertungen „der Ethik“ durch Klinikmitarbeiter aller Ebenen und Berufsgruppen, da „Ethik“ ja nicht ernst gemeint sei und es letztendlich nur um Geld, Gewinn oder Profit gehe. „Ethik“ wird verdächtigt, ein besonders raffiniertes Instrument zu sein, Mitarbeiter mittels moralischen Drucks „über den Tisch zu ziehen“.

Die Bereitschaft und Motivation von Mitarbeitern zur Kooperation hängt tatsächlich auch von derlei moralischen Bewertungen ab. Nur wenn es überzeugend gelingt, auch das betriebswirtschaftliche Denken und Handeln ethisch zu legitimieren, indem beispielsweise „Effizienz“ nicht denunziert wird und der wirtschaftliche Erfolg eines Krankenhausunternehmens auch erkennbar dem Wohl des sozialen Gesundheitssystems und letztendlich der Gesellschaft dient, kann an eine Vereinbarkeit von „Geben und Gabe“ einerseits und „managerialem Denken“ andererseits gedacht werden. Genau diese Vereinbarkeit gilt es jedoch aktiv herzustellen. Dies kann nur in einer Atmosphäre offenen Austauschs stattfinden, in der über gemeinsame Ziele und deren Erreichung aufrichtig gesprochen werden kann.

> Giovanni Maio hält eine solche Synthese offenbar für nicht möglich. Die Gabe, ihrer Natur nach stets „offen, unberechenbar und unmittelbar“, „nicht planbar, nicht berechenbar, nicht prozeduralisierbar“, entziehe sich „grundlegend dem managerialen Denken, weil man keine Regel aus der echten Gabe machen kann und weil man sie nicht universalisieren kann. Daher kann sie auch nicht in Leitlinien gegossen werden.“
>
> Wenn es zutrifft, dass das freie Geben, „offen und unmittelbar“ das ausmacht, was den Kern der medizinischen und pflegerischen Tätigkeit und Identität wesentlich bestimmt, dann muss es zu den Aufgaben der Krankenhausorganisation und ihrer Führungskräfte gehören, genau dies zu pflegen und zu schützen. Dann müsste der These von der grundlegenden Unvereinbarkeit von Management und Ethos widersprochen werden und hier eine zentrale Herausforderung für das Management gesehen werden. Dann müsste eine Synthese von Freiraum und Organisation geschaffen werden, basierend auf dem Respekt und der Wertschätzung des Identitätskerns der Heilberufe. Dann wäre der Bezug auf „Ethical Moral Values“ ernst gemeint und authentisch.

5.5 Empathie und Verantwortung

Es gibt viele sensible und teils wunderschöne philosophische, literarische und theologische Texte über das aus dem Inneren der menschlichen Seele kommende Geben, das trotz mancher unleugbarer Schatten doch ein Wesenszug des Bildes von der „guten Schwester“ und vom „guten Arzt“ in der Bevölkerung geblieben ist. Vieles davon wurde überhöht, pathetisch

ausgeschmückt, zynisch belächelt oder auch hart kritisiert. Dennoch handelt es sich hierbei um ein Kernelement nicht nur im Selbstverständnis der Heilberufe, sondern auch in der therapeutischen Beziehungsarbeit. Dieses Geben ist mit starken Gefühlen besetzt. Diese sind kein melancholisches Beiwerk, sondern sie sind nach den Worten des Neurowissenschaftlers Antonio Damasio „Kronjuwelen" der Orientierung im Zwischenmenschlichen. Führungskräfte sollten sich der Bedeutung der Gefühle der Mitarbeiter (und der eigenen) für die Qualität der Führung wie der Versorgung bewusst sein. Ein „hinein-fühlen" in Patienten und Kollegen, die Empathie ist zugleich Voraussetzung für erfüllte Arbeit als auch Quelle einer Verausgabung, wenn es nicht gelingt, die eigenen Ansprüche an die Menschlichkeit zu erfüllen.

Therapieerfolg und Beziehungsarbeit

In einer kleinen Interview-Studie mit Physiotherapeutinnen (Bobath) wird deutlich, wie entscheidend für den Therapieerfolg eine „Beziehungsarbeit" ist, die auf hoher Sensibilität und hohem Engagement im Sinne einer Achtsamkeit gegenüber dem Patienten beruht. Diese therapeutischen Qualitäten sind niemals vertraglich einforderbar, sie sind auch nicht beliebig wiederholbar. Sie sind aber zugleich die Grundlage echter „Qualität". Wechselseitig gefühltes „Glück" leitet die Therapeutin, „Gefühle" erweisen sich im Sinne des Neurowissenschaftlers Antonio Damasio als „Kronjuwelen" der automatisierten Steuerung von Lebensprozessen.

Gefragt danach, woran sie eine gute therapeutische Arbeit erkennen, was für sie gute „Qualität" im therapeutischen Prozess ist, antworten die Teilnehmerinnen einer Fokus-Gruppe nicht mit Hinweisen auf Messverfahren, sondern auf Gefühle. „Wir orientieren uns an einem Gefühl und das führt uns auf eine Spur, dass wir richtigliegen." „Wir versuchen Glück herzustellen". „Aufmerksamkeit und Suche nach dem Glücksmoment." „Wir haben viele Glücksmomente mit Eltern." „Wir lachen viel." „Da kommen oft so schöne Momente." „Das Kind freut sich schon beim Einbiegen in unsere Straße." „Das ist etwas, was das Leben auch lebenswert macht."

Die Gesprächsrunde entdeckt die Orientierung am ‚Glück' als sichere ‚Leitlinie': Glück bei Kind, Eltern und Therapeutin stellt sich beim ‚Gelingen' ein, das als geglückte Bewegung zugleich Kompetenz, entdecktes Potential und ‚Bindung' repräsentiert.

„Wichtig ist dieses Leise, im Moment der Anpassung, wo man merkt, das Kind fängt an etwas zu verarbeiten. Alle Beteiligten schöpfen daraus Kraft. Da entsteht auch Hoffnung, durch die Lernprozesse, die man gemeinsam gespürt hat. Da kann man auch den Eltern Hoffnung geben ..."

„Selbständigkeit fördern", „helfen bei Erfüllung der Bedürfnisse des Lebens", „da entsteht eine Begeisterung des Kindes, wenn es ‚seins' ist, was da ge-

schieht. Mit wachsender Autonomie wächst Stolz, und das kommt zum gemeinsam empfundenen Glück hinzu."

In diesen Zitaten zeigt sich ein wesentliches Element für die Gewährleistung hoher „Qualität" in der Praxis der Gesundheitsberufe, wobei freilich Unterschiede bestehen zwischen der Arbeit von Bobath-Therapeuten, Pflegenden, Internisten, Psychiatern, Pathologen oder Chirurgen. Aber das Gemeinsame ist die „Begeisterung" oder die „Leidenschaft" in der therapeutischen, pflegerischen und gesundheitsfördernden Arbeit. Diese sind nur vordergründig psychologische Phänomene. Sie entspringen einer Bezogenheit von Menschen aufeinander, die über jedes Vertrags- und Dienstverhältnis hinausgeht.

Es steckt darin das Prinzip „Verantwortung für den Anderen", das Emanuel Levinas formuliert hat. Verantwortung für den Anderen ist etwas, dem ich mich als Mensch gar nicht entziehen kann. Hinzu kommt das uralte hippokratische Gebot der Fürsorge und des Nicht-Schadens. Diese können stets positiv aber auch negativ berührt werden, sowohl durch die konkrete Behandlung als auch durch die Mechanismen der Organisation und durch die vorherrschende Kultur des Umganges miteinander. Und auch das Prinzip des Respektes vor der Autonomie der Menschen, sowohl Patienten als auch Kollegen hat eine große Bedeutung im Kontext von Empathie und Verantwortung.

„Das Ereignis der Ethik ist genau dieser Bruch mit der Gleichgültigkeit- wenn auch mit einer statistisch dominierten Gleichgültigkeit-, diese Möglichkeit des Einer für den Anderen." (Levinas 1995)

5.6 Erfolgreiche Führungskräfte

Der Erfolg von Führungskräften hängt in hohem Maße davon ab, ob und wie weit sie von den übrigen Mitarbeitern akzeptiert werden. Wenn diese sich „verstanden" fühlen wächst das Vertrauen zueinander. Compliance und Zusammenarbeit gelingen. Man spricht nicht ohne Grund vom „Stallgeruch", der ein konstruktives Klima fördert. Dieser beruht auf Gemeinsamkeiten der Erfahrung und Kultur. Führungskräfte sollten wissen, wie ihre Mitarbeiter „ticken", was sie motiviert und was ihnen zuwider ist. Sie sollten wissen, welchen Situationen und Konflikten Ärzte, Therapeuten und Pflegende ausgesetzt sind und wie sie damit umgehen. Sie sollten das Ethos der Heilberufe kennen, mit dem die Mehrheit von ihnen identifiziert ist, auch wenn sie von Medizin-und Pflegethik noch nichts gehört oder gelesen haben. Mit dem Ethos ist ein Stolz auf den Beruf verbunden, der keineswegs überheblich sein muss. Wird der Stolz verletzt, kommt es

zu Demütigungen, so leiden alle – die Gedemütigten, die Demütiger, die Patienten und letztlich auch das Krankenhaus als Unternehmen. Umgekehrt können Führungskräfte ihren Mitarbeitern sehr viel abverlangen, wenn dies im Geiste echter Anerkennung und des Verstehens erfolgt. In diesem Sinne ist die emotionale Intelligenz von Führungskräften im Krankenhaus vor eine besondere Herausforderung gestellt und kann entscheidend vom professionellen Wissen um den speziellen kulturellen Geist eines Krankenhauses beziehungsweise „der Medizin“ profitieren.

Ethik-Management pflegt die Motivation und das Engagement des „Health Care Teams“. Grundvoraussetzungen hierfür sind Aufrichtigkeit, Empathie und ein Verständnis für die kulturellen und ethischen Grundlagen von Medizin und Pflege.

Weiterführende Literatur

Lohmann H, Debatin JF (Hrsg.) (2012) Neue Ärzte braucht das Land? Innovationsbaustelle Ärzteausbildung Deutschland. medhochzwei Verlag Heidelberg/Neackar

Manzeschke A, Brink A (2014) Gouvernementalität und Versprechen. Wirtschaftsphilosophische Anmerkungen zu einem Steuerungsregime am Beispiel unberechtigter Mehrforderungen in Non-Profit-Organisationen. In: Enkelmann WD, Priddat B (Hrsg.) Was ist? Wirtschaftsphilosophische Erkundungen. 297–323. Metropolis Marburg

Nink M (2014) Engagement Index: Die neuesten Daten und Erkenntnisse aus 13 Jahren Gallup-Studie. Redline Verlag München

Scholz C, Schmitt A (2011) Hochleistung braucht Dissonanz: Was Teams vom 5-Sekunden-Modell der Deutschen Kammerphilharmonie Bremen lernen können. Wiley-VCH Verlag Weinheim

Zitierte Literatur

Drucker PF (1997) Drucker on Management. Journal of East European Management Studies, Vol. 2, Nr. 1:76–92

Levinas E (1995) Zwischen uns – Versuche über das Denken an den Anderen. Hanser München/Wien

Maio G (Hrsg.) (2014) Ethik der Gabe: Humane Medizin zwischen Leistungserbringung und Sorge um den Anderen, 2. Auflage. Verlag Herder Freiburg im Breisgau

6 Ethik und Erfolg

Welche Aspekte von Erfolg gibt es für ein Krankenhaus? Welchen Nutzen hat die Ethik dabei? Kann Ethik auch negative Auswirkungen auf den betriebswirtschaftlichen Erfolg haben? Könnten sich nur wirtschaftlich gesunde Krankenhäuser Ethik leisten oder trägt Ethik zur wirtschaftlichen Gesundung bei?

6.1 Vom Nutzen des Ethik-Managements

Schon der „Gründungsvater" der Management-Wissenschaft Peter Drucker war der Überzeugung, dass „weiche Faktoren" ebenso wichtig sind, wie die vielfach erwähnten „Zahlen, Daten und Fakten", die den „harten" Fakten zugeschrieben werden. Ethik-Management gehört zum Bereich der weichen Faktoren. Es ist ein Element der Unternehmenskultur, und als solches schwer in „harter Währung" zu bewerten.

Wenn sich Führungskräfte oder ganze Unternehmen dafür entscheiden, eine Ethik-Infrastruktur aufzubauen, ethische Kompetenz der Teams zu fördern, Wissen über Ethik zu vermitteln und die Qualität ihrer Produkte, Strukturen, Arbeitsprozesse und Umgangsweisen nach ethischen Maßstäben zu bewerten, dann liegt es nahe, die Frage nach dem tatsächlichen Nutzen zu stellen. Die Frage ist berechtigt, aber sie lässt sich nicht durch einfache Evaluationsverfahren beantworten.

Arbeitspakete, „Meilensteine" und Messverfahren für Erfolg oder Misserfolg, vorgetragen in „Power-Point-Vorträgen" in Projektgruppensitzungen sind hier bestenfalls unwichtig, schlimmstenfalls können sie für die Förderung einer ethischen Unternehmenskultur sogar schädlich sein, wenn sie nicht in effektive Gesprächskulturen eingebunden sind. Gewonnenes Vertrauen bei der Bevölkerung, bei Patienten und bei den Mitarbeitern selbst lässt sich schwer direkt messen. Allenfalls indirekt können Erfolge mittels Skalen und Zahlen abgeschätzt werden, ohne jemals sicher zu sein, welche Faktoren nun tatsächlich wirksam waren.

Eine Unternehmenskultur, die von Vertrauen lebt und Vertrauen schafft, lebt von wertschätzenden Beziehungen und Verhaltensweisen. Immanuel Kant, bedeutendster Repräsentant der Pflichtenethik (Deontologie) hatte aus moralischen Gründen eine „Verzweckung" von Menschen verurteilt (s. Kap. 2). Würde eine Unternehmensethik *nur* oder in erster Linie dem Zweck dienen, die Gewinne eines Unternehmens zu erhöhen, so würde sie dem Geist dieser Ethik direkt zuwiderlaufen. Ethik soll letztendlich dem guten Leben, im Krankenhaus einer guten Medizin um ihrer selbst willen dienen. Ihr Sinn besteht letztendlich darin, dass den Patienten gute medizinische Hilfe gebracht und der Bevölkerung die Sicherheit einer entsprechenden Versorgung im Bedarfsfalle gegeben wird. Diese Ziele sind als kritischer Maßstab an alle betriebswirtschaftlichen Strategien anzulegen. Die Kunst des Managements besteht dann darin, „Versorgungsqualität" in diesem Sinne zu ermöglichen, unter bestmöglicher wirtschaftlicher Nutzung von Ressourcen.

6.2 Vertrauen und Kommunikation

Da die Unternehmenskultur wesentlich durch die Haltung von Führungskräften und deren Umgang mit ihren Anvertrauten geprägt ist, sind auch die Kommunikationsweisen hinsichtlich ihrer moralischen „Impacts" zu beachten. Monologisierende Führungskräfte stehen häufig versteinerten Zuhörern gegenüber, die sich stumm ihren Teil denken und zu keinerlei Compliance bereit sind. Stützt sich die Unternehmenskommunikation überwiegend auf die zur Regel gewordenen „Power-Point-Präsentationen", in denen man gemeinsam gegen die Wand schaut (und sich nicht gegenseitig ins Gesicht), dann dürfte es schwerer sein, die gewünschte Kultur aufzubauen. Es liegt in diesem Modell eine eindimensionale Linearität vor, anstatt dialogisch zu kommunizieren und damit achtsam der Person des Gegenübers zu begegnen. Die Überlegenheit wertschätzender, offener und dialogischer Kommunikation gegenüber monologischer Top-Down-Beziehung in Hinblick auf Zusammenarbeit und Motivation muss nicht erst durch Messverfahren belegt werden.

Der Unternehmensberater Reinhard Sprenger nennt als Kernkompetenz einer Führungskraft deren Potenzial „die Herzen der Menschen" zu erreichen. Ohne Achtsamkeit kann das nicht gelingen.

> *„Entrümpeln, ausmisten, was Vertrauen und Anstand zerstört. Zum Beispiel Befragungen, Rankings, Boni und Incentives. Dann ist Würde kein Konjunktiv mehr. […]*
>
> *Führung ist eine kraftvolle Mischung aus Strategie plus Vertrauen. Aber wenn man auf eines verzichten muss, dann auf die Strategie. Ohne Vertrauen der Anvertrauten gibt es keine Führung. Wer hingegen die Herzen der Menschen nicht erreicht, hat in diesem Job keine Existenzberechtigung. Der ist nur Vorgesetzter." (Reinhard u. Vasek 2015)*

Kann man messen, ob es den Führungskräften gelungen ist, die Herzen ihrer Anvertrauten zu erreichen? Würde nicht bereits der Versuch, dieses zu tun, zynisches Abwehrverhalten provozieren? Und selbst wenn es gemessen (besser: vermessen) wäre, was wäre das Ergebnis wert? Könnte nicht ein einziges Ereignis, vielleicht sogar schon die Veröffentlichung der Erfolgsmitteilung selbst, die Ergebnisse komplett verändern?

6.3 Ethik und Unternehmenskultur als Erfolgsfaktoren

In den 1990er Jahren empfahlen die Bertelsmann Stiftung und die Hans-Böckler-Stiftung auf Basis eines gemeinsam durchgeführten Forschungsprojekts den Unternehmen der deutschen Wirtschaft die sorgfältige Pflege einer „Unternehmenskultur als Erfolgsfaktor". Die entsprechenden Veröffentlichungen waren überzeugend und sie wurden auch im Gesundheitswesen beachtet (s. Kap. 7). Gleichwohl beruhte die Überzeugung auf der Kraft der Argumentation, nicht auf Messwerten. Andere Studien, insbesondere aus den USA, untermauern die Bedeutung „ethischer Infrastrukturen" für die Stärkung „ethischen Verhaltens". Unternehmenserfolge gemessen in wirtschaftlichen Daten wurden jedoch nicht systematisch erforscht.

Positive Effekte von Maßnahmen zur Stärkung ethischer Bewusstheit und Kompetenz in Krankenhäusern (am Krankenbett und im Management) sind auf verschiedene Weise zu erwarten. Im Vordergrund stehen medizinische Effekte wie bessere Indikationsstellungen und Therapieentscheidungen, insbesondere bei der Intensiv- und Palliativmedizin, aber auch in der Psychiatrie oder der Kinderheilkunde. Konflikte innerhalb der Teams oder mit Angehörigen können so vermindert werden. Damit werden die Patientenorientierung und die Versorgungsqualität gestärkt. An-

gesichts deutlich wachsender Zahlen von Patienten sehr unterschiedlicher kultureller Herkunft können so Entscheidungshemmnisse und Konfliktpotenziale besser beseitigt oder jedenfalls vermindert werden. Positive Einflüsse auf die Unternehmenskultur ergeben eine Verbesserung der Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit, die auch von externen Stakeholdern wahrgenommen werden wird.

6.4 Verbesserung der medizinischen Qualität

Wichtige Qualitätsaspekte der medizinischen Versorgung sind ethischer Natur. Die subjektiv empfundene Würde des Menschen und deren Missachtung oder Verletzung spielt eine entscheidende Rolle bei der Beurteilung einer Klinik und bei der Frage, ob diese erneut von Patienten aufgesucht wird oder nicht. Respektloses Verhalten des Personals bedeutet schlechte Versorgungsqualität. Die Beachtung der Autonomie des Patienten, seiner Selbstbestimmung und seiner Rechte als Patient (gleichwohl der Menschenrechte!) ist von größter Bedeutung für Patienten, Angehörige, die Öffentlichkeit und für das Klima innerhalb der Behandlungsteams selbst. Hierzu muss nicht erst ein methodisch aufwändiges und vom Ergebnis her zweifelhaftes Messverfahren zum Einsatz kommen um den Wert solcher Umgangsformen und Entscheidungswege für Patienten und Klinikum anzuerkennen.

Die therapeutischen Berufe entscheiden und handeln besser und bewusster in Bezug auf die Belange ihrer Patienten. Die medizinischen Entscheidungsprozesse werden klarer hinsichtlich ihrer Kriterien und hinsichtlich der Beteiligten und ihrer Rolle. Dies gilt nicht nur für so genannte „End-of-Life-Decisions", die ja keine mehr sind, wenn der Patient auf Grund der medizinischen Maßnahme überlebt. Untersuchungen zeigen, dass die Kenntnis der „Principles of Biomedical Ethics" (s. Kap. 2) dazu führt, dass schwierige medizinische Entscheidungen wesentlich schneller, strukturierter und konfliktärmer getroffen werden können.

6.5 Beitrag zur Patientenorientierung und Qualitätssicherung

Ein Krankenhausunternehmen, das es wirklich ernst meint mit dem Anspruch konsequenter Patientenorientierung, braucht keinen empirischen Nachweis, dass diese ein betriebswirtschaftlich relevantes Ziel ist. Es ist klar, dass ein Krankenhausteam, bestehend aus Management, Pflege, Ärzten und weiteren Berufsgruppen (s. Kap. 2), das seine Entscheidungen und Handlungen auf die Ziele und Bedürfnisse jedes einzelnen Patienten abstimmt, damit einen Beitrag zu einem „guten Krankenhaus" liefert.

Ebenso einleuchtend ist es, dass Verletzungen ethischer Grundsätze niemandem nutzen und dass diese immer wieder mit Sensibilität aufzuspüren und abzustellen sind.

Eine Ethik-Infrastruktur, formell und informell, entfaltet ihre Wirksamkeit nach zwei Seiten. Zum einen fördert sie die Qualität der Patientenbetreuung. Das betrifft die medizinischen Entscheidungen, das Engagement der Teams, die Aufmerksamkeit der Kliniker für die Belange der Patienten und der Angehörigen. Zum anderen fungiert sie als eine Art Radar, das problematische Entwicklungen erfasst, zur Sprache bringt und so weit wie möglich beseitigt. Damit leistet sie einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung, der gegenüber der Auswertung von Patienten- oder Angehörigenbeschwerden durch das Qualitätsmanagement schneller und sensibler ist.

Patientenorientierung und Ethik in der Praxis

Bericht eines Angehörigen als Rundmail an Freunde und Verwandte über die Betreuung seines Bruders auf einer Intensivstation, deren Ärzte und Pflegekräfte ethisch geschult sind. Der Bruder des Patienten war als Betreuer eingesetzt. Er war dankbar, dass nicht er selbst die Entscheidung zur Änderung des Therapieziels treffen musste.

„Wir hatten gestern Mittag noch zwei Gespräche mit den Ärzten und sie haben uns beide klargemacht, dass es für Herbert keine Hoffnung gibt. Der Zustand seiner Lunge ist so schlecht, dass die günstigste Prognose, die an sich schon sehr unwahrscheinlich ist, ein Leben in einem Pflegeheim mit ständiger Beatmung ist.

Wir haben den Ärzten dann auf Nachfrage gesagt, dass Herbert das alles sicher nicht wollen würde. Daraufhin haben die Ärzte (nicht wir!) entschieden, sich aus der Behandlung zurückzuziehen. Das Therapieziel (so nennt sich das in der Fachsprache) wurde daraufhin geändert, und war nun nicht mehr Herberts Genesung, sondern, dass er ruhig einschlafen kann. Dafür wurden nicht die Maschinen abgeschaltet (was ja eine weit verbreitete Meinung ist), sondern seine Medikamente anders dosiert.

Wir (meine Eltern, Doris und ich) waren dann dabei. Eine Schwester und ein Arzt waren auch im Zimmer, hielten sich aber im Hintergrund auf. Herbert hat – so ist zumindest unser Eindruck – nicht mehr gelitten. Er ist dann friedlich eingeschlafen. Es war sehr schwer, dabei zu sein, aber auch gut, sich so zu verabschieden.

Ich kann euch versichern, dass die Ärzte in den vier Wochen von Herberts Aufenthalt wirklich alles getan haben, was möglich war. Es wurde nichts unversucht gelassen, und man hat in den Gesprächen gestern gemerkt, dass es auch den Ärzten schwerfiel, Herbert gehen zu lassen.

> Überhaupt kann man sagen, dass sowohl Herbert als auch wir Angehörige vom gesamten Team der Station super betreut wurden. Herbert wurde immer respektvoll behandelt, man hat ihm immer gesagt, wenn etwas mit ihm gemacht wurde („Herr H., ich werde Sie jetzt auf die Seite drehen", etc.) auch wenn er das wahrscheinlich gar nicht gehört hat. Auch unsere Fragen und Ängste wurden sowohl von den Pflegern als auch von den Ärzten immer ernst genommen. Man hat sich Zeit genommen, und uns auch außerhalb der Besuchszeiten zu Herbert gelassen. Ich schreibe das deshalb, weil es ein gutes Gefühl ist, zu wissen, dass Herbert in den letzten Wochen seines Lebens in guten Händen war.
>
> *(Die Namen wurden geändert.)*

Die positiven Effekte einer Ethik-Infrastruktur und eines Ethik-Managements lassen sich nicht sicher messen, allenfalls werden sie in Berichten wie dem obigen erkennbar. Freilich gibt es auch ähnlich positive Versorgungsbeispiele ohne dass eine explizite Ethik-Integration vorgenommen wurde. Dennoch spricht die Erfahrung dafür, dass ethische Bewusstheit im Krankenhaus den Patienten und ihren Angehörigen besonders wertvolle Dienste leistet und den Behandlungsteams selbst eine höhere Arbeitszufriedenheit schafft.

Ethik gehört zum Kern des Qualitätsversprechens eines Krankenhauses, lässt sich aber noch schlechter über Kennzahlen abbilden als andere Qualitätsaspekte.

Zu den positiven Seiten gehört auch die Erfassung von unerwünschten Ereignissen, die eben nicht verschwiegen und einfach hingenommen werden, sondern von aufmerksamen und engagierten Mitarbeitern registriert und angesprochen werden. Ein Großteil der in Ethik-Cafés, Sprechstunden oder Ethik-Problemerhebungen erfassten Themen sind nicht die Wertekonflikte, die für manche Philosophen und Theologen als Bedingung für eine ethische Fallbesprechung gelten. Mehrheitlich handelt es sich um problematische Handlungen, Entscheidungen oder Strukturen, die als Verletzung medizin- und pflegethischer Grundsätze gelten. Es kommt also nicht darauf an, ob im akademischen Sinne ein Ethikkonflikt vorliegt, sondern es geht um „gute Medizin und Pflege" und um „gute Führung, gutes Management."

Praxisbeispiele für Problembearbeitungen in der Ethik-Infrastruktur

- Eine Schwester berichtet von Kollegen, die Patienten entwürdigend behandeln. Es wird ein Gespräch unter Einbeziehung der Pflegedirektion durchgeführt um Wiederholungen solcher Ereignisse zu vermeiden.
- Mitarbeiter berichten, dass mehrfach Sterbenskranke ihre letzten Tage im Badezimmer einer Station verbracht hätten. Das Klinische Ethik-Komitee lädt die Stationsmitarbeiter ein. Es wird deutlich, dass das Team Stellenstreichungen befürchtet, wenn ein Patient alleine im Zimmer wäre und die anderen Betten gesperrt würden. Gemeinsam mit dem Patientenmanagement wird eine Lösung erarbeitet, um diese Sorge zu nehmen. Die Direktion erklärt, dass Sterbende ohne Nachteil für die Stationen in ihren Zimmern bleiben sollen.
- Dem klinischen Ethik-Komitee wird berichtet, dass Angehörige keine ausreichende Gelegenheit erhalten, sich von ihren Verstorbenen würdig zu verabschieden. Das Management ändert die Verträge mit einem Bestattungsunternehmen um den Missstand abzustellen.
- Physiotherapeuten unter Zeitdruck betreuen nur „coole Patienten“ und lassen Schwerstkranke aus. Ethik-Berater machen den Mitarbeitern klar, dass sie unbewusst „priorisieren“ und dass die dabei verwendeten Kriterien transparent und abgestimmt sein müssen. Mit dem Vorstand des Klinikums werden direkte Gespräche organisiert, um die Belastung der Therapeuten sowie die negativen Folgen für die Patienten zu verdeutlichen. Es wird eine einvernehmliche Lösung gefunden.
- Vorgesetzte ignorieren grundlegende Hygienemaßnahmen. Die Leitung des Ethik-Cafés meldet dies der zuständigen übergeordneten Führungskraft, die mit der betreffenden Person ein verwarnendes Gespräch führt. Zugleich wird diese davor gewarnt, den „Whistleblower“ zu benachteiligen.
- Ein Vorgesetzter schikaniert seit Monaten Mitarbeiter und Patienten. Zwei Pfleger berichten davon in der Ethik-Sprechstunde. Die gemeinsam mit der Gesamtleitung des Hauses eingeleitete Untersuchung der Fälle lässt erkennen, dass der Vorgesetzte an einer manifesten Schizophrenie leidet. Es gelingt, den Betroffenen einer Behandlung zuzuführen.
- Im Klinischen Ethik-Komitee wird berichtet, dass technische Mitarbeiter einer IT-Firma, die Computersysteme einrichtet, vertrauliche Patientenakten lesen. Der Vorstand wird alarmiert. Umgehend werden mit den Verantwortlichen der Firma Maßnahmen vereinbart, um Verletzungen des Patientengeheimnisses zu unterbinden.

All dies sind Themen, die durch eine Ethik-Infrastruktur erfasst werden. In allen Fällen geht es um Patientenwohl und Gefährdung, um Würde, Gerechtigkeit, Autonomie. Und in sehr vielen Fällen erfolgt die Beseiti-

gung solcher Missstände nicht durch kluge Philosophie, sondern durch ein waches und konsequentes Management.

6.6 Interkultureller und interreligiöser Respekt

In Zeiten der Globalisierung und eines wachsenden Bevölkerungsanteils mit Migrationshintergrund begegnen sich Menschen mit unterschiedlichsten kulturellen und religiösen Mustern. Diese Muster spielen im Zusammenhang von Gesundheit und Krankheit, Sexualität, Geburt, Sterben und Tod eine sehr große Rolle. Mit Unterschieden in den Geschlechtsrollen und den Familienstrukturen unterscheiden sich auch die Entscheidungssubjekte interkulturell. In deutschen Krankenhäusern stammen nicht nur die Patienten zunehmend aus verschiedensten Kulturkreisen, gleiches gilt auch für die Mitarbeiter.

Die respektvolle Wahrnehmung der jeweiligen Werte der Individuen und ihrer Familien ist eine wichtige Voraussetzung für eine gute Versorgungsqualität. Ethische Konflikte können auftreten, wenn die Besonderheiten einer Kultur mit den ethischen und rechtlichen Grundlagen der deutschen und europäischen Krankenhausmedizin in Konflikt geraten.

So kann das ethische Konzept der Autonomie, eines der wichtigsten „Biomedical Principles" der modernen Medizin- und Bioethik, nicht einfach als universal vorausgesetzt werden (s. Kap. 2). In vielen Kulturen entscheidet nicht das jeweilige Individuum über seine medizinischen Geschicke, sondern die Familie oder eine andere soziale Einheit. Auch ist das Sprechen über Sterben und Tod nicht in allen Kulturen gleich bewertet und erlaubt. Bei klinischen Entscheidungen stehen die Behandlungsteams häufig im Konflikt, an welchen kulturellen Werten sie sich orientieren sollen. Der hierbei unterstützende Wert ethisch reflektierter Entscheidungsprozesse und der sie fördernden Ethik-Infrastruktur ist naheliegend.

Coma vigile

Auf der Intensivstation einer Universitätsklinik lag eine junge Frau im Wachkoma. Ihre Großfamilie stammt aus Afghanistan. Geboren wurde sie in Deutschland. Aufgrund ihrer schweren chronischen Erkrankung hatte sie diesen Zustand vorausgesehen und eine Patientenverfügung verfasst, die präzise ihre jetzige Situation beschrieb. Sie wollte keine lebensverlängernden Maßnahmen. Das Behandlungsteam sah sich mit dem Familienoberhaupt, dem über 90-jährigen Großvater der Frau konfrontiert. Dieser sah sich selbstverständlich in der Rolle des Entscheiders. Mit Hilfe eines Dolmetschers forderte er eine unbegrenzte Fortsetzung lebenserhaltender Maßnahmen. In seinen Augen

schlief seine Nichte nur und sie würde zu gegebener Zeit wieder aufwachen. Das medizinische Team folgte seinen Forderungen. Nach deutschen Maßstäben war dies ethisch und rechtlich nicht akzeptabel. Erst eine ethische Fallbesprechung trug dazu bei, den Willen der Patientin nach Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen zu befolgen.

Aus organisationsethischer Sicht sprechen viele Gründe für die Aufnahme einer expliziten, durchdachten Vorstellung von Interkulturalität in das Leitbild der Einrichtungen. Auch hier bewährt sich eine Unternehmenskultur, die der Herausforderung Interkulturalität mit Sensibilität, ethischer Bewusstheit und Professionalität begegnet.

6.7 Misserfolg: Halbherzige Ethik

Wenn die Aufnahme von Ethik-Projekten sich beschränkt auf die Verkündung von Vorsätzen, wenn Leitbilder ethische Prinzipien enthalten, die in der Praxis des Unternehmens nicht effektiv umgesetzt werden, wenn mit Ethik-Strukturen lediglich Kriterien für Zertifizierungen erfüllt werden ohne dass diese effektiv in die Entscheidungsprozesse integriert sind, dann besteht die sehr reale Gefahr zynischer Abwehr durch die Mitarbeiterschaft.

Unternehmensleitbilder von Krankenhausunternehmen werden von zu vielen Ärzten, Pflegenden, Therapeuten und Dienstleistern als unehrlich, unwichtig oder gar als zynisch wahrgenommen. Als Mitarbeiter eines großen Klinikums zu Beginn eines Ethik-Projekts danach befragt wurden, was sie sich denn davon erhofften, war die Antwort der großen Mehrheit, sie wünschten sich ein Ende der Propagandasprüche, die eine heile Welt vortäuschten, die mit er Wirklichkeit in ihrem Haus nichts zu tun hätten. Als eines der ersten Ergebnisse des Projekts bemühte sich die Klinikleitung fortan um mehr Ehrlichkeit in der Unternehmenskommunikation und in der Darstellung nach außen.

» ***Wenn Ethik zu leeren Propagandasprüchen verkommt, die eine Wirklichkeit vorspiegeln möchte, die es so nicht gibt, dann ergibt sich ein Risiko für das ganze Krankenhaus. Ethische Unternehmensgrundsätze müssen ehrlich befolgt werden, andernfalls führen sie zu zynischen Abwertungen, die dem Ruf des Hauses abträglich sind.***

In einem anderen Klinikum wurden die Mitarbeiter danach befragt, ob sie sich im Falle eines Konflikts auf die Ethik-Leitlinien des Hauses bezie-

hen könnten. Das Ergebnis war ernüchternd. Alle Befragten antworteten mit Nein. Man hatte es bei den Ethik-Leitlinien belassen und nicht weiter an der Entwicklung der „Corporate Ethical Identity“ gearbeitet.

Wenn ein Klinikunternehmen einen hohen ethischen Anspruch verfolgt, der immer ein Kernelement jedes Qualitätsversprechens ist, dann muss effektiv die Beachtung oder Missachtung dieser Leitlinien kontrolliert werden. Das muss an der Spitze des Unternehmens beginnen und alle Prozesse umfassen, von der ärztlichen Praxis bis zur Logistik oder der Küche. Vorbildlich ist hier das Modell des Kommunalunternehmens Klinikum Nürnberg, das die Mitarbeiter ausdrücklich ermuntert, Verletzungen ethischer Positionen zur Sprache zu bringen zwecks Erhöhung der Qualität aller Dienstleistungen, allen voran der Medizin und Pflege.

Viele Kliniken, die sich für die Einrichtung von Klinischen Ethik-Komitees entschieden haben, haben deren Auftrag auf ethische Fallbesprechungen zu patientenbezogenen medizinischen Entscheidungen begrenzt. Oft konnte beobachtet werden, dass die Komitees darauf warteten, ab und an einen „Fall“ vorgelegt zu bekommen, den man diskutierte und zu dem eine Empfehlung abgegeben wurde. Ein proaktives Engagement wurde diesen Komitees nicht erlaubt, organisationsethische Themen wurden ausgeschlossen. Diejenigen Mitarbeiter, die direkt in der Patientenversorgung tätig waren, fand man hier selten. Dementsprechend war das Ansehen des Komitees gering. Es wurde der Feigenblattfunktion verdächtigt.

Die Ernsthaftigkeit eines Ethik-Projekts kann daran bemessen werden, ob neben Praktikern aus Medizin, Pflege und Seelsorge auch Angehörige des Managements und der Verwaltungsberufe dabei sind. Ohne direkte Verbindung zwischen Ethik-Struktur und der Leitungsebene bleiben viele dort geführte Diskussionen belanglos.

Die größte Gefahr halbherziger oder gar nur propagandistischer Ethik-Projekte besteht in der damit einhergehenden Zersetzung von Vertrauen. Ethik darf nicht dazu dienen, Defizite der Patientenversorgung und der Mitarbeiterführung zu kaschieren. Im Gegenteil. Es geht um die fortwährende Arbeit an hoher Versorgungsqualität, die durch komplexe arbeitsteilige Teams geleistet werden muss.

6.8 Ethik als ultima ratio

Wenn hoher medizinischer Einsatz für den Patienten nicht genügend von den Finanzierungsregeln für Krankenhäuser unterstützt wird, wenn die sorgfältige Betreuung eines Patienten zu wirtschaftlichen Verlusten für

ein Krankenhaus führt, wenn sich eine Intensivstation oder Notaufnahme „nicht rechnet“, dann sind Konflikte zwischen „Ethik und Ökonomie“ vorprogrammiert. Dann kann sich die kaufmännische Leitung gezwungen sehen, das wirtschaftliche Ergebnis des Hauses, damit ggf. auch sein Überleben, zu Lasten der medizinischen Qualität in den Vordergrund zu stellen. Dies soll nach Möglichkeit vermieden werden und wenn es doch stattfindet wird es häufig geleugnet. Das Management befindet sich hier in einer schwierigen Situation. Schon aus Gründen des Wettbewerbs kann es sich nicht leisten, Abstriche an der Qualität zuzugeben. Es hat auch nicht die Möglichkeit, durch politische Aktivitäten die Regeln der Krankenhausfinanzierung zu ändern. Selbst wenn es über die Arbeit der Krankenhausverbände und Kammern zu Verbesserungen kommt, brauchen diese Entwicklungen Zeit. Solange muss innerhalb des Klinikums nach Kompromissen gesucht werden. Der Erhalt eines von der Insolvenz bedrohten Hauses mit den daran hängenden Arbeitsplätzen und dem Versorgungangebot kann ein ebenso wertvolles Ziel sein wie die Einhaltung höchster Sicherheitsstandards für Patienten. Individualisierte, auf Patienten bezogene Medizinethik und eine Ethik der Bevölkerungsgesundheit („Public Health Ethik“) stehen sich gegenüber. Erkennt man allein die Medizinethik als gültige Orientierung im Krankenhaus an so wird die Problematik des Erhalts der Einrichtungen des Gesundheitssystems nicht hinreichend gewürdigt.

Innerhalb der Kliniken kann in einer solchen Situation nur gehofft werden, dass die Vertreter von Qualität und Wirtschaftlichkeit im offenen Dialog miteinander stehen und dass für beide Aspekte genügend Anerkennung gefunden wird. Hierfür ist Ethik-Kompetenz essentiell. Gerade in solchen schwierigen wirtschaftlichen Situationen ist Ethik also wichtig und kann die Unternehmenskultur am Leben erhalten, um so gemeinsam Kompromisse und Lösungen zu erarbeiten und nicht noch zusätzliche Ressourcen in innerbetrieblichen Konflikten zu verschwenden.

6.9 Ethik und wirtschaftlicher Erfolg

> *„Ethik? Das können wir uns nicht leisten, das ist nur etwas für Krankenhäuser, die bereits wirtschaftlich erfolgreich sind. Vielleicht machen wir das später einmal, wenn wir schwarze Zahlen schreiben ...“ (Aussage eines kaufmännischen Geschäftsführers eines kommunalen Krankenhauses, 2015)*

> *“Organizations are no longer built on force but on trust. The existence of trust between people does not necessarily mean that they like one another. It means that they understand one another. Taking responsibility for relationships is therefore an absolute necessity. It is a duty. [...]” (Drucker 1999)*

Kliniken, die über ein Ethik-Management und eine Ethik-Infrastruktur verfügen sind in der Regel überwiegend wirtschaftlich erfolgreich, auch unter schwierigen Bedingungen. Damit soll nicht gesagt sein, dass „Ethik" allein für diese Erfolge verantwortlich ist. Es wäre auch denkbar, dass sich tatsächlich nur wirtschaftlich erfolgreiche Krankenhäuser eine Ethik-Infrastruktur leisten und dies somit nicht Ursache, sondern Folge des wirtschaftlichen Erfolges wäre. Es gibt jedoch viele Gründe, die für die Annahme sprechen, dass ehrliche Ethik-Projekte den wirtschaftlichen Erfolg unterstützen. Denkbar ist freilich auch, dass erfolgreiches Management offener ist für die Bedeutung der Unternehmenskultur und der darin enthaltenen ethischen Aspekte ist.

Unabhängig vom Wunsch der Patienten, Mitarbeiter und der Gesellschaft nach hohen qualitativen und ethischen Standards der medizinischen Versorgung, spielt doch die Wirtschaftlichkeit bzw. Rentabilität der Krankenhäuser in fast allen Gesundheitssystemen eine entscheidende Rolle. Die Ursachen hierfür sind vielfältig, basieren aber im Wesentlichen auf ordnungspolitischen Vorgaben und einer weitreichenden Ressourcenknappheit, die sich nicht nur auf Geld, sondern zunehmend auch auf Personal erstreckt. Prinzipiell kann das Streben nach Rentabilität dabei zu unterschiedlichen Ergebnissen führen. Zum einen kann sich eine Verbesserung der Effizienz bei gleichbleibender oder sogar steigender Qualität ergeben (dies ist der Fall, wenn Prozesse effizienter organisiert werden, beispielsweise durch ein Neubauprojekt). Zum anderen kann die Verbesserung der Effizienz zum Preis einer Qualitätsreduktion herbeigeführt werden (dies kann der Fall sein, wenn eine Personalreduktion zu deutlichen Kosteneinsparungen bei stabilen Fallzahlen führt aber gleichzeitig die Ergebnisqualität sinkt). Vielfach lässt sich in der Praxis eine Mischung beider Wirkmechanismen beobachten. Das bedeutet, es werden teils Bemühungen um eine Verbesserung der Qualität und Effizienz durchgeführt, teilweise aber auch Sparmaßnahmen oder Erlösoptimierungen, die durch Über-, Unter- oder Fehlversorgung letztlich die Qualität reduzieren. Aufgrund des systemseitig gegebenen starken wirtschaftlichen Druckes ist es nicht selten für die Krankenhausleitung schwierig, hier eine saubere Trennung vorzunehmen.

Wenn ein hoher Einfluss ethischer Werte auf die medizinischen und wirtschaftlichen Entscheidungen im Krankenhaus gefördert wird, so ist es wahrscheinlich, dass Maßnahmen zur Einsparung qualitätsrelevanter Ressourcen (z.B. Personalstärke) sowie Anreize zur erlössteigernden Übertherapie weniger häufig ergriffen werden. Auf diesen Ausschnitt bezogen, wäre Ethik wirtschaftlich kontraproduktiv. Der wirtschaftliche Erfolg eines Krankenhauses ist aber von mehr Faktoren abhängig und so steht dem gegenüber der Nutzen eines ethischen Managements und ethischer

Medizin auf verschiedenen anderen Ebenen. Auch wenn es für das Krankenhausmanagement schwer vorherzusagen ist, ob sich die Investition in Ethik auch betriebswirtschaftlich lohnt, so zeigen doch sowohl die Erfahrungen im Rahmen diverser Ethik-Projekte, als auch wirtschaftspsychologische und wirtschaftsethische Studien in anderen Branchen, dass Ethik einen Beitrag für einen nachhaltigen betriebswirtschaftlichen Erfolg im Krankenhaus leisten kann.

Im Vordergrund stehen dabei die oben beschriebenen positiven Auswirkungen auf die direkte medizinische Qualität. Hieraus kann sich zudem eine bessere Interdisziplinarität und Kollegialität, nicht nur zwischen den medizinischen Fachdisziplinen, sondern auch zwischen der Medizin und dem Management sowie den anderen Berufsgruppen ergeben. Die Folge ist eine signifikante Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit mit geringerer Fluktuation und höherer Arbeitgeberattraktivität. Dieser Aspekt bietet vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels einen direkten wirtschaftlichen Vorteil, genauso wo die Strahlwirkung auf Zuweiser und Patienten. Ein weiterer direkter wirtschaftlicher Vorteil ist von der verbesserten Identifikation der Mitarbeiter mit den ganzheitlichen Zielen des Krankenhauses zu erwarten, der einen Beitrag zu einem effizienten Ressourceneinsatz führen kann (Vermeidung von Verschwendung durch Übernahme von Verantwortung). Als Nebeneffekt der gemeinsamen Zielausrichtung und Identifikation mit dem Krankenhaus werden sich zudem Bonuszahlungen reduzieren lassen, die in der Regel ohnehin nur bedingt wirtschaftlich sinnvoll sind.

Direkte und indirekte Auswirkungen von Ethik auf den wirtschaftlichen Erfolg eines Krankenhauses:

- *Verbesserung der medizinischen Qualität*
- *Verbesserung der Interdisziplinarität und Kollegialität*
- *Verbesserung der Mitarbeitermotivation*
- *Erhöhte Arbeitsplatzattraktivität, Reduktion der Mitarbeiterfluktuation*
- *Reduktion von variablen Vergütungsanteilen zur Mitarbeiterbindung*
- *Verbesserung der Patientenzufriedenheit*
- *Verbesserung der Zuweiserzufriedenheit*
- *Erhöhte Identifikation der Mitarbeiter mit Unternehmenszielen*
- *Erhöhte Effektivität der Arbeitsleistung*
- *Geringere Verschwendung und höhere Effizienz*

Ob sich diese positiven Effekte im jedem Krankenhaus erreichen lassen und welcher tatsächliche Einfluss sich auf die betriebswirtschaftliche Bi-

lanz ergibt, wird sich in der Regel erst mittelfristig zeigen und auch nicht immer eindeutig zuzuordnen lassen. Insbesondere Über-/Unter- und Fehlversorgung werden allerdings maßgeblich durch eine ausgeprägte Sorge um Qualität und Ethik minimiert werden, wodurch es teilweise zu Mindererlösen und verstärkter Ressourcenbelastung kommen kann. Dieser Effekt sollte sich aber durch die oben beschriebenen positiven Effekte ausgleichen lassen. Für den nachhaltigen Erfolg des Krankenhauses erscheint es also plausibel, dass die Investition in Ethik sowohl für die Verbesserung der Gesamtqualität als auch für den langfristigen betriebswirtschaftlichen Erfolg wertschöpfend ist. Neben der ohnehin gebotenen moralischen Verpflichtung ein Krankenhaus ethisch zu führen, gibt es hierfür also auch gewichtige wirtschaftliche Gründe.

Weiterführende Literatur

Marckmann G, Maschmann J (2014) Zahlt sich Ethik aus? Notwendigkeit und Perspektiven des Wertemanagements im Krankenhaus. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 2014, 108 (2–3):157–65

Naegler H (2011) Management der sozialen Verantwortung im Krankenhaus. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin

Sprenger RK (2015) Das anständige Unternehmen: Was richtige Führung ausmacht – und was sie weglässt. 2. Auflage. Deutsche Verlags-Anstalt München

Peus C, Kerschreiter R, Frey D, Traut-Mattausch E (2010) What is the value? Economic Effects of Ethically-Oriented Leadership. Journal of Psychology, 218 (4):198–212

Zitierte Literatur

Drucker PF (1999) Managing oneself. Harvard Business Review

Reinhard R, Vasek T (2015) R. Sprenger interviewt von Rebekka Reinhard und Thomas Vasek. In: Hohe Luft – spezial Führung, Beilage Handelsblatt, 2016, mit Verweis auf Reinhard K. Sprenger, Das anständige Unternehmen, DVA, 2015:18–22

7 Ethik in Aktion – praktische Erfahrungen an deutschen Krankenhäusern

Der nachfolgende Bericht zeichnet im Stile des „Story Telling“ einen Weg der Entdeckung, Übernahme und Anwendung praktischer Ethik in Krankenhäusern nach. Sinn dieser Darstellung ist die Vermittlung von Erfahrungen, wie und wozu „Ethik“ dort zur guten Medizin, zur guten Patientenversorgung und allgemein zu einem guten Krankenhaus beitragen kann. Da die Führungskräfte des Managements genauso wie Ärzte, Therapeuten und Pflegende in erster Linie zu diesen Zielen beitragen sollen und kaufmännische Ziele stets in Beziehung zu setzen sind zu so genannten Qualitätszielen, laden wir ein zu einem Ausflug in die praktische „klinische Ethik“, die „Organisationsethik“ und das „Ethik-Management“.

7.1 Der Weg zur Ethik

In Deutschland war eine explizite Ethik sowohl im Medizinstudium als auch in der Alltagspraxis der Krankenhäuser bis in die späten 80er Jahre weitgehend unbekannt. Dabei gab es auch damals viele schwerwiegende ethische Probleme bei medizinischen Entscheidungen zu lösen. Es fehlte allerdings jegliche ethische Kompetenz im Sinne der Fähigkeit, ein ethisches Problem klar zu erkennen, zu formulieren und systematisch einer Lösung zuzuführen. Dieses Defizit verzögerte klare Therapieentscheidungen, verschärfte Spannungen im Behandlungsteam, die durch ungenügend geklärte und vermittelte medizinische Entscheidungen entstanden und so zu erheblichen Belastungen des Klimas führten. Klinische Ethik-

Kompetenz hätte die Patientenversorgung verbessert durch klarere medizinische Entscheidungen und die Vermeidung unnötiger Behandlungen von Patienten. Manche Krankmeldungen und Kündigungen beim ärztlichen und pflegerischen Personal hätten wahrscheinlich vermieden werden können, wenn es gelungen wäre, diese Konflikte, die Anlass zu Unzufriedenheit, Streit und Störungen der Zusammenarbeit führten, unter Nutzung von „Ethik" zu entschärfen und zu lösen.

7.2 „Ethical Grand Round"

Ein Aufenthalt an einer amerikanischen Universitätsklinik ermöglichte das Kennenlernen einer Einrichtung, die an deutschen Kliniken weitgehend unbekannt war. An jedem Freitagmorgen gab es die „Ethical Grand Round", an der unter Moderation eines Medizinethikers ethisch kontroverse klinische Fälle eingebracht und diskutiert wurden. Die unterschiedlichen Positionen wurden sachlich und respektvoll behandelt, die Argumente wurden jeweils gut begründet, Empfehlungen für laufende Behandlungen oder für künftige ähnliche Fälle wurden gemeinsam entwickelt. In ähnlichen klinischen Fällen hatte es in Deutschland oft sehr hässliche Auseinandersetzungen gegeben, die zu erheblichen Störungen der Zusammenarbeit (bis hin zu Klagen vor Gericht), zwischen Berufsgruppen und medizinischen Fachabteilungen geführt hatten. Die Leidtragenden waren dann die Mitarbeiter und die Patienten. Konsile und gemeinsame Behandlungen wurden dann oft blockiert. Patienten wurden eher in andere Häuser verlegt als zum Kollegen der Nachbarstation, weil man keinen konstruktiven Umgang mehr miteinander pflegte. Durch Streit zwischen Ärzten kamen Patienten zu teilweise erheblichem Schaden. Nicht ohne Grund verlangte schon der Hippokratische Eid ein hohes Maß an Kollegialität zwischen Ärzten.

7.3 Ärztliche Entscheidungen am Lebensende

Um 1990 wurde von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) ein medizinsoziologisches Forschungsprojekt finanziert, das eine empirische Studie zu Fragen der „passiven Sterbehilfe" oder des Verzichts auf lebenserhaltene Maßnahmen in deutschen Krankenhäusern durchführte. Hier wurden erstmals in Deutschland mit sozialwissenschaftlichen Methoden explizit ethisch relevante Phänomene erforscht. Es zeigte sich nebenbei, dass deutsche Ärzte zu diesem Zeitpunkt so gut wie keine Ethik-Ausbildung erfahren hatten, während Pflegekräfte unter dem Stichwort Ethik bestenfalls zum Thema „Sterben und Tod" unterrichtet worden waren.

Gegenüber dem Entwicklungsstand der „Bioethik“ in den angelsächsischen Ländern und den Niederlanden lag man meilenweit zurück.

Es wurde durch verschiedene Entwicklungen, u.a. durch die Akademie für Ethik in der Medizin, die Entwicklung der Palliativmedizin und die Hospizbewegung, durch Forschungsprojekte, Akademietagungen und Veröffentlichungen in der Presse und den medizinischen Fachmedien eine vermehrte Sensibilität geschaffen für Fragen der medizinischen Indikation, der Entscheidungskriterien und der Behandlungsziele. Welcher Patient soll wie lange und mit welchen Mitteln am Leben erhalten werden? Wer darf sterben? Wer entscheidet über Einsatz oder Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen? Auf welche Maßnahmen darf oder muss sogar verzichtet werden? Nach welchen Kriterien dürfen solche Entscheidungen getroffen werden? Welche Rolle soll der Wille des Patienten spielen? Welche Rolle spielen die Angehörigen? Die Berücksichtigung solcher Fragen und ihre sorgfältige, teamorientierte Beantwortung ist eine zentrale Voraussetzung patientenzentrierter Versorgung. Damit liegt dieses Element einer guten medizinischen Kultur im Verantwortungsbereich *aller* Führungskräfte.

Auch ohne umfassenden theoretischen Überbau in Sachen Ethik können solche Fragen sofort in die Visiten und Stationsbesprechungen eingebracht werden und können entsprechende Gespräche und Fortbildungen ermöglichen, in denen offen über derlei Fragen gesprochen wird. So kann auch ein „Ethik-Prozess“ begonnen werden.

7.4 Die Akademie für Ethik in der Medizin

1986 wurde die „Akademie für Ethik in der Medizin“ (AEM) von einer kleinen Gruppe von Ärzten, Philosophen, Theologen, Juristen und Pflegekräften gegründet. Kurze Zeit später förderte der Wissenschaftsrat einen „Teachers Training Course“ um Multiplikatoren für die Verbreitung von Ethik-Qualifikationen und Kenntnissen auszubilden. Die AEM wuchs bis heute kontinuierlich und belief sich 2017 auf über 600 Mitglieder. Eine Fachzeitschrift „Ethik in der Medizin“ wird herausgegeben. „„IDEM“ ist die Bezeichnung der Informations- und Dokumentationsstelle Ethik in der Medizin, die von der AEM mit Unterstützung des Bundes und des Landes Niedersachsen eingerichtet wurde. Die Datenbank „ethmed“ vermittelt Literaturrecherchen im nationalen und internationalen Rahmen. Erste Lehrstühle für Medizinethik und Pflegeethik wurden besetzt. Zunehmend wurden Ethik-Themen auf medizinischen Kongressen und Fortbildungsveranstaltungen zur Regel und allmählich, wenn auch weniger stark,

befassten sich auch Führungskräfte aus dem Management mit Ethik- Themen, insbesondere im Zusammenhang ökonomischer Prozesse und Ziele.

Akademie für Ethik in der Medizin

Die AEM hat sich zum Ziel gesetzt, den öffentlichen wie auch den wissenschaftlichen Diskurs über ethische Fragen in der Medizin, der Pflege und im Gesundheitswesen zu fördern. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind u.a. die Durchführung von Tagungen und Symposien, die Herausgabe der Zeitschrift Ethik in der Medizin, die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses sowie die Qualifizierung von Personen, die in der Klinischen Ethikberatung tätig sind. 1992 wurde an der AEM die Informations- und Dokumentationsstelle Ethik in der Medizin (IDEM) eingerichtet. Hauptaufgabe von IDEM ist der Aufbau und die Pflege der deutschsprachigen Literaturdatenbank ETHMED, eine Sammlung von Literaturhinweise die sich von Zeitschriften und Zeitungsartikel über Fachbücher bis hin zu Gesetzestexten und Urteilen mit ethischer Relevanz erstreckt.

Die AEM ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und der European Association of Centres of Medical Ethics (EACME).

7.5 Vorbild: Bioethik-Kurse Georgetown University

Die evangelische Landeskirche Hannover spielte in der Entwicklung der deutschen Medizinethik eine förderliche Rolle, weil sie über einen langen Zeitraum jährlich zwei ausgewählte Personen zu einem „Intensive Bioethics Course“ an das *Kennedy-Institute of Ethics der Georgetown-University* in Washington DC sandte. So bildete sich im Kreis der Studienleiter evangelischer Akademien und später unter den Klinikseelsorger ein „Ethik-Kader“, der gesellschaftlich und klinisch relevante Themen der Medizinethik in die Öffentlichkeit und die Krankenhäuser brachte. Die Kurse in Washington förderten die Entwicklung der Medizinethik in Deutschland und Europa deutlich. Hier wurde eine reflektierte pragmatische Ethik gelehrt, die Methoden und Kultur für medizinische Entscheidungsvorbereitung und Entscheidungsfindung vermittelte, und zwar auf klinischer, institutioneller und gesellschaftlicher bzw. globaler Ebene. Hinzu kam, dass an diesen Kursen internationale und interprofessionelle Gruppen teilnahmen, die aus den Feldern der Medizin, Philosophie, Theologie und der Wissenschaften sowie aus Politik und Wirtschaft kamen. Ethik war und ist in den Vereinigten Staaten ein kritischer, aber keineswegs primär bremsender Begleiter innovativer Prozesse in Wissenschaft, Wirtschaft und Gesellschaft.

Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University, Washington D.C.

„The Kennedy Institute of Ethics is a center for practically engaged ethics at Georgetown University. Established in 1971 with a founding interest in medical ethics, it is one of the oldest academic ethics centers in the world. Our founding scholars helped to invent the field of bioethics – the ethics of health, the environment, and emerging technology – from the ground up, and we strive to carry on that tradition of creative leadership today through world-class research, teaching, public service, and a spirit of continuous experimentation.

The Institute today is a place where ethicists engage in rigorous, sustained conversation with experts and practitioners across the disciplines to respond directly and meaningfully to the pressing ethical issues of our time.

The Kennedy Institute of Ethics at Georgetown University helped to invent the field of bioethics, beginning a tradition of creative leadership in practical ethics that continues into the twenty-first century." (https://kennedyinstitute.georgetown.edu/)

7.6 Zentrum für Gesundheitsethik Hannover/Loccum

Die Erfahrung der „Bioethik-Kurse" in Washington motivierte dazu, in Deutschland ein Projekt auf die Beine zu stellen, das in eine ähnliche Richtung gehen sollte. 1995 wurde das „Zentrum für Gesundheitsethik an der Evangelischen Akademie Loccum" in Hannover gegründet. Auch andere evangelische und katholische Akademien befassten sich nun zunehmend mit „Medizinethik". Thematisch wurden gesellschaftlich kontrovers diskutierte Themen behandelt: Organspende und Transplantationsmedizin, Intensivmedizin, Patientenverfügungen, Sterbehilfe/Therapieverzicht, Hospizwesen, Ethik in Psychiatrie und Reproduktionsmedizin und vieles mehr. Besonders Klinikseelsorger entdeckten die Ethik für sich und sollten beim Aufbau Klinischer Ethik-Komitees eine stabilisierende Rolle spielen.

Zentrum für Gesundheitsethik an der Evangelischen Akademie Loccum

Das Zentrum für Gesundheitsethik (ZfG) an der Evangelischen Akademie Loccum mit Sitz in Hannover beteiligt sich an der öffentlichen Diskussion über ethische Fragestellungen in Medizin, Pflege und anderen Bereichen des Gesundheitswesens. Es führt Fachtagungen zu gesundheitsethischen Themen durch, beteiligt sich an der Fort- und Weiterbildung von Ethikberatern und Klinikseelsorgern, führt Studien durch und erstellt Publikationen. Außerdem berät es verschiedenste Einrichtungen der Evangelischen Kirche und der Diakonie.

7.7 Ethik und Unternehmenskultur in konfessionellen Krankenhäusern – internationale Vorbilder

Während der Vorbereitungen zur Gründung des Zentrums für Gesundheitsethik in Loccum entstand in gemeinsamen Diskussionen die Idee eines konkreten Brückenschlages zwischen der Medizinethik und dem Krankenhausmanagement. Die evangelische Henriettenstiftung Hannover, die eines der größten deutschen Diakonie-Krankenhäuser betreibt, hatte „ethische und moralische Werte" ins Zentrum der Entwicklung ihrer „Corporate Identity" und „Corporate Culture" gesetzt.

Wie in der Medizinethik (*Bioethics*) waren auch für die strategische Unternehmensentwicklung im Krankenhaus Vorbilder in den USA richtungweisend. Hier wurde schon seit Jahrzehnten das Fach „Business Ethics" gelehrt. Es gab *Ethics Officers, Ethics Offices, Ethics Hotlines* und *Ethics Programmes* in mehr als einem Drittel amerikanischer Unternehmen. Diese Formen von Ethik-Management wurden eingesetzt zur internen Beratung sowie zur Selbstkontrolle von Unternehmen. Sie wurden zugleich als Kernelemente einer Unternehmenskultur verstanden.

Deren Bedeutung für den unternehmerischen Erfolg war bereits in den 1980er Jahren in den USA breit diskutiert worden. In Deutschland war von der Bertelsmann Stiftung die Unternehmenskultur als Element „vorwärts gerichteter Strategien" zur Bedingung für unternehmerischen Erfolg erklärt worden. Auch die Hans-Böckler-Stiftung propagierte eine werteorientierte Unternehmenskultur als Vorteilsfaktor in einer zunehmend globalisierten Wirtschaft. „Corporate Social Responsibility" (CSR) wurde weltweit zum Thema und fand im *United Nations Global Compact* (gegründet 2000) starken Rückenwind.

Auch das Gesundheitswesen stellte sich auf verstärkten Wettbewerb und eine wachsende Bedeutung des Managements ein. Wirtschaftsethische Konzepte wurden auf Krankenhausunternehmen übertragen. Eine explizite Unternehmensphilosophie von Krankenhausunternehmen sollte nach den Worten des Vorstehers der Diakonie-Henriettenstiftung „die Tätigkeit der Führungskräfte zielbezogen regeln, leitbild-adäquat strukturieren, konsistent halten und durch ständige Rückkopplung, durch ein Controlling, Weiterentwicklung ermöglichen. Von den Leitsätzen oder Zielvorstellungen her lassen sich *Führungsgrundsätze* formulieren. Diese Grundsätze sollen helfen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter so zu führen, dass sie ihre Aufgaben ‚gut und gerne' erfüllen." Weiter wird die ethische Dimension jeder Unternehmensphilosophie und Unternehmenskultur betont. Jedes Tun und Lassen müsse verantwortet werden. So war es nur konsequent, dass im Zuge der strategischen Neuausrichtung der Diako-

nie-Krankenhäuser die Erarbeitung eines *Ethik-Kodex* begonnen wurde. Ein erstes großes „Ethik-Projekt“ entstand.

> *„Corporate concepts have been developed which interpret the corporate philosophy in ways relevant to business behavior. They address essential questions relating to daily work giving comments and information. [...] From such aspects-protection of life, of human dignity, total care and devotion-derive the ethical and moral values and standards, as well as the motivation of our leaders. [...] We protect the life of the weaker to live. A further example of this acted-out corporate philosophy is that the subject of death should not become taboo. Death and dying are part of life just as are pregnancy and birth.“ (Helbig 1995)*

7.8 Ein Ethik-Kodex für ein deutsches Krankenhaus

1996 vergab der Vorstand der Henriettenstiftung Hannover den Auftrag zur Erarbeitung eines Ethik-Kodex. Bereits zwei Jahre zuvor hatten die katholischen „Krankenanstalten der Barmherzigen Brüder in Österreich“ (1994) einen Ethik-Codex veröffentlicht, der sich im Wesentlichen auf christliche und traditionell medizinethische Prinzipien stützte und Richtlinien zu moralisch und ethisch umstrittenen Phänomenen der Medizin vorgab: Fortpflanzung, Pränataldiagnostik, Sterilisation, Empfängnisregelung, Schwangerschaftsabbruch, Forschung am Menschen, Sterbehilfe, Gentechnologie, Patientenrechte, angemessene Honorierung usw. Der Kodex der Henriettenstiftung sollte jedoch nicht aus einer Sammlung von Grundsätzen zum Umgang mit beschriebenen Konflikten bestehen, sondern eine starke empirische Grundlage haben. Es sollten die moralischen Problemfelder und Konflikte der Mitarbeiterschaft erforscht werden um gemeinsam mit ihnen Prozesse und Instrumente zum Umgang mit diesen Phänomenen zu entwickeln. Damit wurde in diesem Klinikum erstmals ein mit Methoden sozialwissenschaftlicher Empirie arbeitendes Ethik-Projekt eingerichtet. Es wurde zum Vorbild weiterer Projekte.

Die Arbeitsbedingungen waren ausgezeichnet. Der Vorstand erläuterte seine Ziele, ein Konzept wurde ausgearbeitet und im Kreis der Führungskräfte diskutiert. Erster Schritt war dann die Information der Mitarbeiter über ein bevorstehendes „Ethik-Projekt“, dessen erstes Ziel darin bestand, einen Ethik-Kodex als „Diskussionsgrundlage und Denkanstoß [...] angesichts ethischer Fragestellungen im beruflichen Alltag“ zu erstellen (Henriettenstiftung u. Wehkamp 1998).

Es folgte eine Untersuchungsarbeit im Rahmen eines Forschungsinternats. Vier Wochen lang wurde bei Tag und Nacht im Klinikum mit Mitarbeitern gesprochen, wurden Visiten begleitet, gezielte Leitfadeninter-

views durchgeführt, Fokusgruppen arrangiert, an Stationsbesprechungen und Operationen teilgenommen, wurden Nachtdienste begleitet, Verwaltungsmitarbeiter und Pflegeschulen besucht usw. Stets ging es um die Fragen: Was würden Sie von einem Ethik-Projekt erwarten? Welche ethischen Probleme und Herausforderungen sehen Sie? Welche Werte und Ziele sollten die Praxis der Sorge um Patienten und Heimbewohner leiten? Zweimalwöchentlich fand ein offener Gesprächskreis statt, der den Namen Ethik-Café erhielt (und in dem es tatsächlich Kaffee, Tee und Gebäck auf Kosten des Hauses gab). Einmal pro Woche gab es einen kliniköffentlichen Vortrag über Ethikthemen und einmal pro Woche fand sich ein interprofessioneller Kreis von Interessierten, die das Projekt unterstützten und sich für ein künftiges Klinisches Ethik-Komitee qualifizieren wollten. In den folgenden, fast eineinhalb Jahren waren monatlich zwei Tage der Fortsetzung des Projekts gewidmet.

7.9 Erkenntnisse der Untersuchungsphase an der Henriettenstiftung

Die Untersuchungsphase brachte eine Vielzahl wertvoller Erkenntnisse. Zunächst wurde deutlich, dass bei der Mehrzahl der Mitarbeiter einschließlich der Führungskräfte eher ein Alltagsverständnis von Ethik (im Sinne von „ethisch = moralisch = gut") vorhanden war. Die vielfältigen Priorisierungsprobleme von Pflegekräften, Ärzten und auch Verwaltungsmitarbeitern wurden unter der Rubrik „Wir haben zu wenig Personal!" verbucht:

„Wir brauchen keine Ethik, wir brauchen mehr Personal! Wir können nicht alle geriatrischen Patienten an die Sonne oder die frische Luft bringen." „Und wie lösen Sie das Problem?" „Na ja, wir nehmen nicht alle mit!". „Und wen nehmen Sie nicht mit?" „Tja, die Dementen. Die kriegen das sowieso nicht mit!"

Auch die Ärzte verfügten überwiegend über keine bzw. sehr geringe Kenntnisse von Ethik, auch von ihnen wurde Ethik als „moralisch" deklariert. Ethik-Deklarationen des Weltärztebundes, unter anderem die „Deklaration von Helsinki" zur Forschung an Menschen, waren nur wenigen bekannt. Ethik-Kompetenz als medizinische Entscheidungskompetenz durch „Reflexion auf Moral" war ja im deutschen Medizinstudium kein Thema gewesen.

Ethische Konflikte wurden am ehesten im Umgang mit sterbenskranken Menschen gesehen, zumeist im Kontext der Frage, wo die Grenzen intensivmedizinischer Maßnahmen zu ziehen sind. Wo traditionelle Autoritätsstrukturen in der Ärzteschaft vorhanden waren (und das war immer noch weit verbreitet) war der freie Meinungsaustausch über Fragen des

Therapiemaßes nicht üblich. Ein Verständnis von „Was Ethik ist bestimme ich!“ als Ausdruck chefärztlicher Macht war noch nicht ausgestorben. Die Ansichten von Chef-, Ober- und Assistenzärzten, sowie von Pflegekräften gingen oft weit auseinander, ohne dass der Versuch einer gemeinsamen Entscheidungsfindung unternommen wurde, geschweige denn strukturell (z.B. durch eine ethische Fallbesprechung) gefördert wurde.

Ethische Konflikte im Rahmen von Therapieentscheidungen stehen auch heute noch vielfach im Zentrum der akademischen Medizinethik. Die damalige Untersuchung zeigte jedoch, dass für die Mitarbeiter ein anderes Thema an erster Stelle stand: Das Thema „Wertschätzung“. Sehr viele von ihnen fühlten sich in ihrem Engagement nicht gewürdigt durch die Führungskräfte – und für viele Führungskräfte galt dies in umgekehrter Richtung auch. Gemeinsam fühlten sich auch viele durch die mediale Öffentlichkeit, die Presse und teilweise auch die Justiz gedemütigt.

Anerkennung und *Gerechtigkeit* waren folglich die am meisten erhofften Ergebnisse des Ethik-Projekts. Nur wenn die Mitarbeiter sich „gerecht“ behandelt fühlten und in ihrem Engagement gewürdigt fühlten war mit hoher Motivation und hohem Einsatz für gemeinsam getragene Unternehmensziele zu rechnen. Das „Ethik-Projekt“ zeigte die hohe Bedeutung der Unternehmenskommunikation, der Unternehmenskultur und der Qualität der Versorgung von Patienten und Bewohnern auf. Damit war klar, dass *Ethik im Krankenhaus* keine exklusive Veranstaltung für Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten und Seelsorger war, sondern dass auch die Bereiche Management, Verwaltung und Dienstleistung (Apotheke, Beschaffung, Küche, Näherei, Transportdienste usw.) eingebunden werden mussten.

Der Ethik-Kodex der Henriettenstiftung Hannover ist heute Geschichte. Mit seinem großen Umfang von 60 Seiten war er eher ein Sensibilisierungsbuch für die Ethik im Krankenhaus. Sein Wert bestand darin, dass hier erstmals umfassend auf der Grundlage empirisch erkundeter Probleme ethische Regeln, Probleme und Konflikte ausdrücklich formuliert wurden. Damit wurde ein Grundstein für die klinische und Unternehmensethik gelegt der in der Folgezeit allerdings weiterer Pflege und Entwicklung bedurfte. Dies verlangt eine aktive Einbindung in die tägliche Versorgungspraxis, die ihrerseits eine ethisch kompetente Führungsarbeit zur Voraussetzung hat. Für die Institutionalisierung von Ethik heißt dies den Anspruch zu sichern, in klaren Strukturen über Wertschätzungen und Wertsetzungen nachdenken, sprechen und urteilen zu können, bezogen auf patientenbezogene Entscheidungen, auf Umgangsweisen innerhalb des Hauses sowie in Bezug auf die Ziele und Werte, die jeder strategischen Orientierung zugrunde liegen.

Ethik in der Henriettenstiftung Hannover

Die Klinische Ethikarbeit im DIAKOVERE Henriettenstift hat eine lange Tradition. Bereits in den 1990er Jahren entstand ein Ethikkodex, der als Handreichung für die Praxis diente.

Heute gibt es die Klinische Ethikarbeit mit Ethik-Komitee und Ethikberatung.

Das Ethik-Komitee beschäftigt sich mit der grundsätzlichen Ausrichtung der ethischen Arbeit. Seine Arbeit ist mit anderen Ethik-Komitees in des DIAKOVERE-Unternehmens vernetzt. Die Geschäftsführung ist in die ethischen Fragestellungen direkt mit eingebunden und trägt auf diese Weise frühzeitig Entscheidungen für die konzeptionelle Entwicklung des Hauses mit.

7.10 Die konfessionellen Krankenhausverbände verbreitern die Basis: Klinische Ethik für alle ihre Häuser

Im April 1996 berichtet Erny Gillen in der katholischen Zeitschrift „Krankendienst „von der Absicht des evangelischen und katholischen Krankenhausverbandes, ihren Mitgliedern „Handreichungen zur Gründung und Arbeitsweise ethischer Komitees zu erstellen." Gillen plädiert nicht nur für eine allgemeine Einführung klinischer Ethik-Komitees in Krankenhäusern. Ihm ist es auch wichtig, dass die Krankenhausverbände ihre Leitlinienkompetenz nutzen, um in diesem Sinne zu wirken. Mit Blick auf amerikanische Erfahrungen betont er die „Erziehung" als erste Aufgabe der Ethik-Komitees." Das heißt, die Ausbildung und Übung ethischen Argumentierens gehören an die erste Stelle." Sein Beitrag endet mit der Vision, das Management des Krankenhauses möge „die implizite omnipräsente Dimension der Ethik sichtbar und explizit (anerkennen)".

Ein Jahr später geben beide Krankenhausverbände eine Broschüre zum Thema „Ethik-Komitee im Krankenhaus" heraus. Eine gemeinsame Arbeitsgruppe hatte den Text in mehreren Sitzungen entworfen. Im Vorwort empfehlen die beiden Vorsitzenden Voß und Helbig dem Krankenhausmanagement, Ethik strukturell als Element der Krankenhausleitung (zu) institutionalisieren.

> *„Wir möchten mit unserer Initiative das gelebte Ethos der Ärzte als auch der Pflegenden wie der christlichen Träger unterstützend aufgreifen und strukturell als Element der Krankenhausleitung institutionalisieren. Damit wird im Management des Krankenhauses die implizite Dimension der Ethik sichtbar und anerkannt." (Voß u. Helbig 1997)*

Das *klinische Ethik-Komitee* ist ein zentrales Strukturelement der institutionalisierten Ethik. Es soll nach der Vorstellung der Autoren und Herausgeber die Chance bieten, „in herrschaftsfreier und systematischer Weise anstehende oder bereits getroffene Entscheidungen in den Bereichen Medizin, Pflege und Ökonomie ethisch zu reflektieren und aufzuarbeiten." (Lauer 1999) In dieser Formulierung ist bereits eine organisationsethische Perspektive mit angelegt, die über die unmittelbar patientenbezogene Perspektive hinausgeht. Der Geschäftsführer des Katholischen Krankenhausverbandes W. Lauer bekräftigt dieses Anliegen. Mit Blick auf die wachsende Bedeutung ökonomischer Ziele im Krankenhausmanagement und davon ausgehende Konfliktlage schreibt er:

> *„Hier erlebe ich eine dauernde Spannung zwischen den Interessen des Trägers, sein Haus solide zu finanzieren, und dem An liegen des Arztes, unseren gemeinsamen Patienten all das zukommen zu lassen, was für sie notwendig war und den derzeitigen Standards entsprach." (ebd.)*

7.11 Eine Unterscheidung wird nötig: Ein Ethik-*Komitee* ist keine Ethik*kommission*!

Mit dem Aufkommen und der Verbreitung des klinischen Ethik-Komitees wurde eine begriffliche Abgrenzung zu den bereits vorhandenen Ethik-Kommissionen notwendig. Die auf gesetzlicher Grundlage arbeitenden Ethik-Kommissionen haben die Aufgabe, medizinische Forschung am Menschen einschließlich experimenteller Behandlungsmethoden und klinischer Pharmastudien gemäß verbindlicher ethischer Regularien zu steuern. Sie arbeiten auf Grundlage des internationalen Standesrechts, das von den Ärztekammern in nationales Recht und die Berufsordnung für Ärzte umgesetzt wurde. Die „Deklaration von Helsinki" des Weltärztebundes in der jeweils aktuellen Version ist ein verbindliches Ethik-Dokument, das nicht nur Ärzten, sondern auch den Führungskräften aller Krankenhäuser, in denen Forschung jedweder Form durchgeführt wird, bekannt sein sollte (s. Kap. 2).

Der Begriff „Ethik-Komitee" oder „Klinisches Ethik-Komitee" hingegen bezeichnet Einrichtungen, die innerhalb einer Klinik oder eines Klinikunternehmens freiwillig eingerichtet werden und nach den jeweiligen örtlichen Verhältnissen gestaltet werden können. Die Komitees behandeln Therapieentscheidungen oder konkrete (mögliche) Verstöße gegen ethische Regeln. In den letzten Jahren wurden klinische Ethik-Komitees aufgewertet, seitdem sie für Zertifizierungsprogramme und im Rahmen der Qualitätssicherung eine wichtige Rolle spielen.

7.12 Europas größtes kommunales Großklinikum experimentiert mit „Ethik“

Angeregt durch die Ethik-Aktivitäten der Henriettenstiftung Hannover lud der damalige Ressortleiter Kliniken und Chefarzt der Klinik für Hämatologie/Onkologie Prof. Walter Gallmeier zu einem Ethik-Projekt am Klinikum Nürnberg ein (dem damals nach eigenen Angaben größten kommunalen Klinikums Europas). Dabei spielte die zuvor stattgefundene Umgestaltung der Führungsstruktur eine gewisse Rolle, denn aus der traditionellen Dreierführung (Ärztlicher Direktor, Pflegedirektion, Verwaltungsdirektion) war angesichts der bedrohlich wachsenden wirtschaftlichen Herausforderungen eine kaufmännische Alleinführung entstanden. „Medizin“ und „Verwaltung“ standen sich sehr kritisch gegenüber und von Teilen der Verwaltung wurde das „Ethik-Projekt“ zunächst sehr zurückhaltend bewertet. Dies änderte sich als klar wurde, dass die Mitarbeiterschaft in dem geplanten Projekt nur mitziehen würde, wenn die Spitzen des Hauses konstruktiv und fair miteinander umgehend würden. Die Aussage „Ethik muss ganz oben beginnen“ war deutlich zu vernehmen, und Vorstand und Ressortleiter Kliniken begannen in moderierten Gesprächen, ihre jeweiligen Positionen zu erläutern, Kritik am Gegenüberüber offen und klar zu äußern und sich auf Grundsätze ihrer Zusammenarbeit zu einigen. Aus der Vermittlung zwischen Medizin und Management, konkret durch die gemeinsame Förderung durch W. Gallmeier und K. Wambach, entstand ein großzügiges und bis heute einzigartiges Projekt das von Anfang an medizinethische, pflegeethische und betriebswirtschaftliche Herausforderungen gemeinsam in den Fokus stellte. Damit rückten auch gesundheitspolitische und organisationsethische Themen in den Fokus, die als „Organizational Ethics“ und „Institutional Ethics“ zwar in den USA bereits entwickelt waren, in Deutschland aber noch einige Jahre namenlos blieben. Erst als der Frankfurter Theologe und Ethiker Kurt Schmidt eine Fachtagung der Evangelischen Akademie Arnoldshain zur Medizinethik in Institutionen eingeladen hatte und der Amerikaner George Khushf seinen Vortrag über „Organizational Ethics“ hielt wurde klar, dass auch das Nürnberg-Projekt um „Organisationsethik“ kreiste und damit weit mehr umfasste, als die klassische ethische Fallbesprechung zu patientenbezogenen ärztlichen Entscheidungen.

“Management makes Medicine!”

Auszug einer Präsentation von George Khushf, Ph.D., Center for Bioethics, University of South Carolina vor Führungskräften des Landesbetriebs Krankenhäuser Hamburg (LBK) 2003

- How administrators and organizations pratice medicine: incentives, profiling and practice;
- managing medical error; the hospital formulary; case managers.
- Appreciate how administrators and the organization are between clinician
- What culture of exchange/dialogue exists and how can it evolve in a more constructive way?
- The unavoidable overlap between clinical and administrative jurisdictions!
- Convey a sense of the challenge and ethical task!
- Identify the core values and ends of health care that should guide practice, and explore how competing values can be simultaneously realized
- Provide a forum for exploring the ethical issues: encourage people to take the ethical pause!
- Administrative ethics rounds!
- Organizational ethics committee!
- Create a culture of collaboration between clinicians and administrators

„Kein anderes deutsches Krankenhaus hat auch im Bereich der Ethik vergleichbar umfangreiche Aktivitäten entwickelt, wie das Klinikum Nürnberg.“

Der Nürnberger Arbeitsauftrag lautete schlicht: Das Potenzial der *Ethik* für die Entwicklung eines Klinikums vollständig entfalten! Herausfinden, wie, wo und wozu *Ethik* in ein Krankenhaus implementiert werden kann.

Die Voraussetzungen dafür waren gut. Es gab bereits einen medizinethischen Arbeitskreis im Bereich der Nephrologie. In diesem medizinischen Fachgebiet hatte sich schon viele Jahre zuvor durch die Einführung der Dialyse ein geradezu klassisches Ethikthema aufgedrängt, nämlich das Problem der Zuteilung knapper Mittel. Welcher Patient bekommt die Dialyse? Wer bekommt sie nicht? Wer kommt zuerst, wer zuletzt dran? Wie sollen Prioritäten festgelegt werden? Was verlangen die Prinzipien der Gleichbehandlung und der Gerechtigkeit? Es ist wichtig für den Ruf eines Klinikums, sich sorgfältig mit komplexen medizinischen Entscheidungen zu befassen.

Ähnlich wie in Hannover begann das Projekt mit einer Personalversammlung und einer Information der Mitarbeiterschaft über die Linienfunktion und die interne Klinikzeitung. Das „Ethik- Projekt“ wurde als offenes Projekt mit Zielen, Konzepten und Personen vorgestellt und bekannt gemacht. Dies geschah mit Unterstützung der Vorstandsebenen und Mitarbeitervertretungen sowie diverser Arbeitsgruppen, Initiativen, Kliniken und Stationen, die von sich aus Interesse bekundeten und ihre Zusammenarbeit anboten. Dadurch kam es zu einem Schneeballeffekt.

Über die Klinik hinaus berichtete zunächst die lokale und später die überregionale Presse. Das Untersuchungsinternat dauerte insgesamt sechs Wochen. Es beinhaltete qualitative Leitfadeninterviews mit mehr als 200 Personen, Fokus-Gruppen, Befragungen über quantitative Fragebögen, Visitationen, teilnehmende Beobachtungen an verschiedensten Gremiensitzungen, bei chirurgischen Operationen, Visiten und Nachtdiensten. Auch die Krankenpflegeschulen und deren Lehrkörper, die Fortbildungsakademie des Klinikums, der psychosomatische Konsildienst, die Klinikseelsorge, die Patientenvertretungen, Personalräte und Aufsichtsräte wurden einbezogen.

Zeitgleich mit Beginn der Untersuchungsarbeit wurde mit Schulungen zum Aufbau eines Klinischen Ethikkomitees begonnen.

„Ethik-Projekt Klinikum Nürnberg“: Aktivitäten, Strukturen und Dokumente

- Aufbau und Qualifizierung eines Ethik- Projektteams, das später teilweise in ein Klinisches Ethik- Komitee überführt wird
- Organisation und Durchführung offener Ethik-Foren, z.B. ein „Ethik-Cafe“ zur Einbringung, Diskussion und Weiterleitung ethischer Problemanzeigen aus der Mitarbeiterschaft, seitens der Patienten(-vertretungen), niedergelassener Ärzte oder anderer externer Personen
- Gewährleistung einer „Ethik-Sprechstunde“ unter besonderem Vertrauensschutz, die von allen Mitarbeitern auch anonym in Anspruch genommen werden kann
- Kontinuierliche Beratung von Vorstands- und anderen Führungspersonen sowie bei Bedarf auch von Aufsichtsräten
- Entwicklung, Durchführung und Bekanntmachung „ethischer Fallbesprechungen“ und eines dafür speziell qualifizierten mobilen Beratungsdienstes
- Erstellung von Dokumenten zur ethischen Orientierung der Mitarbeiterschaft, z.B. Ethik-Code, Verhaltenskodex für Mitarbeiter, Leitlinien zum Umgang mit Patientenverfügungen, Leitbilder für das gesamte Klinikum oder einzelne Abteilungen, z.B. eine Notaufnahme-Station, Empfehlungen zur fairen Konfliktlösung, Satzung des Ethik-Komitees usw.
- Gezielte Information über Regeln der medizinischen Forschung an Menschen im Sinne der Helsinki-Deklaration(en) des Welt Ärztebundes
- Organisation und Durchführung von internen Informations- und Diskussionsveranstaltungen, Abteilungsfortbildungen, Vorlesungen und Workshops zu ethischen Fragestellungen und Problemen.
- Beratung und Unterstützung von Aus- und Weiterbildungsstätten wie Pflege-Schulen, Gesundheits-Akademien usw. Dazu gehören auch Lehrerfortbildungen
- Einbeziehung der internen Informationsmedien sowie der lokalen und überregionalen Presse

- Identifizierung und Bearbeitung so genannter Problemzonen im Klinikum, auch „Baustellen“ genannt. Hier werden bevorzugt chronifizierte Konflikte bearbeitet und nach Möglichkeit aufgelöst.
- Konfliktmediation aller Art, von der Vorstandebene bis zum Konflikten innerhalb der Abteilungen, zwischen Berufsgruppen oder zwischen Patienten bzw. Angehörigen und dem Klinikum

Die gesamte Projektentwicklung erstreckte sich über einen Zeitraum von vier Jahren. Sie wurde in der Folgezeit durch verschiedene Teilprojekte ergänzt, unter anderem zur Entwicklung und zur Übernahme einzelner kleinerer Kliniken, der Zentralen Notaufnahme, zum Konfliktmanagement oder zum Umgang mit unerwünschten Ereignissen, die eine sensible Öffentlichkeitsarbeit verlangten. Schließlich wurde auch der ethische Konsildienst auf- und ausgebaut und die Fortbildungsakademie des Klinikums nahm Ethik-Kurse in ihr Programm auf.

Gedanklich orientiert sich ein *Ethik-Projekt* am Geist der philosophischen Aufklärung. Es fordert ausdrücklich die Freiheit des Denkens und der Aussprache, den offenen und transparenten Diskurs, Phänomene, die in deutschen Krankenhäusern keineswegs selbstverständlich sind. Sein größter Feind ist das Verbot der Wahrnehmungs- und Redefreiheit, sein größtes Hindernis die Angst der Mitarbeiterschaft vor Repressionen oder Demütigungen durch Vorgesetzte. Sein unverzichtbares Medium ist Vertrauen und im Sinne von Niklas Luhmann „Vertrauen in Vertrauen“. Damit ist eine reflektierte Form des Vertrauens gemeint, die über personales Vertrauen hinaus ein „Systemvertrauen“ ermöglicht. Ein Höhepunkt des Nürnberger Ethik-Projekts war das öffentliche Bekenntnis der Klinikleitung in einer der vielen Mitarbeiterversammlungen: „Wir schützen das freie Wort!“

Dies war mehr als eine einfache Bekundung. Im Wissen, dass es nicht genügt, Verhaltensregeln und einen Ethik-Code zu veröffentlichen wurde ein Modell zur „Konfliktvermeidung und Konfliktbewältigung“ gemeinsam von der Personalvertretung und der Unternehmensleitung entwickelt und institutionalisiert. Damit sollte eine faire Kritikkultur gefördert und geschützt werden. Tatsächlich wurden unmittelbar nach Einführung der neuen Struktur Konflikte, die teilweise über Jahre geschwelt hatten, aufgedeckt und einer Lösung zugeführt. Damit wurden innerhalb weniger Wochen unerwartet die Kosten des Ethik-Projekts wieder eingespielt.

Konfliktvereinbarung am Klinikum Nürnberg

„Diese nunmehr seit Jahren bestehende ‚Konfliktvereinbarung' hat sich insgesamt bewährt. Viele Beschäftigte haben seit ihrer Einführung den Mut, lang schwelende Konflikte oder eine als ungerecht erlebte Behandlung am Arbeitsplatz anzusprechen und öffentlich zu machen. Konflikte konnten zum Teil mit Hilfe einer externen Mediation beigelegt werden, was nicht zuletzt den Einsatz arbeitsrechtlicher Mittel vermeiden hilft." (Härtel u. Schuh 2007)

Das Projekt versuchte von Anfang an die „ethische Kompetenz" der Mitarbeiterschaft im Krankenhaus durch Information, Fortbildung und beispielhafte Praxis zu entwickeln und darüber hinaus Ethik-Strukturen aufzubauen, z.B. einen Ethik-Konsildienst, ein Klinisches Ethik-Komitee, ein Ethik-Café oder eine Ethik-Sprechstunde. Die Krankenpflegeschulen beteiligten sich unter anderem durch ein von Pflegeschülern selbstständig durchgeführtes „Ethik-Haus", in dem ethische Herausforderungen der Pflege im Zentrum standen. Die Klinikseelsorger wurden zu dauerhaften Unterstützer. Die Projektleitung kommunizierte regelmäßig und engmaschig mit der Unternehmensleitung und anderen Führungskräften sowie mit den Mitarbeitervertretungen und beriet das Klinikum bei Fragen des internen Managements und der Strategieentwicklung.

7.13 Ethik als Beitrag zur Qualitätsentwicklung

Das Nürnberger Projekt lebt von der Überzeugung, dass die faktische Qualität von Medizin und Pflege durch „Ethik" verbessert werden kann. Es beruhte auf einer fortlaufenden, aktiven Erforschung „ethischer Probleme" oder „ethischer Defizite" und bot sich an als Ort für die Annahme und interne Behandlung ethischer Konflikte. Es nutzte dazu geeignete sozialwissenschaftliche Methoden zur Erforschung ethischer Problemlagen und ihrer Kontexte, arbeitet offen und diskursiv an der Entwicklung eines geeigneten Verständnisses von „Ethik" im Klinikum und erarbeitete mit den Beteiligten praktische Lösungen.

Die gesammelten Erfahrungen wurden in Berichtsform zusammengefasst, zu Hypothesen und Maßnahmenkatalogen weiterentwickelt und zunächst mit den Leitungen, später offen mit der Mitarbeiterschaft diskutiert und konkretisiert. Das Ergebnis wurde dann schrittweise umgesetzt.

Die Untersuchungsberichte im Rahmen der Projektarbeit enthielten ausführliche Darstellungen ethisch relevanter Probleme im jeweiligen Klinikum bzw. Unternehmen aus Sicht verschiedener Gruppen von Mitarbeitern. Im Vordergrund standen Defizite der Patientenversorgung und Pa-

tientensicherheit, Störungen der Unternehmenskultur, Aspekte fehlender Wertschätzung von Mitarbeitern und Konflikte innerhalb der Mitarbeiterschaft. Im Hintergrund zeigten sich Belastungen durch aktuelle politisch-ökonomische Rationalisierungen sowie durch die aktuell bevorzugten Führungs- und Steuerungskonzepte. Fragen eines möglichen Therapieabbruchs, zu Sterbehilfe bzw. -begleitung oder allgemeiner des Therapiemaßes wurden zwar auch angesprochen, wurden aber in den allermeisten Fällen von den Behandlungsteams allein beantwortet.

Durch die fortlaufende Untersuchungsarbeit, die offenen „Ethischen Salons“ (entspricht den „Ethik-Cafés) sowie die Sprechstunden und Einladungen vor Ort zeigten sich andere Herausforderungen an ‚die Ethik‘ als sich aufgrund der akademischen Medizinethik erwarten ließe. Von Anbeginn wurde eine kritische Auseinandersetzung mit „dem Management“, mit Managemententscheidungen, mit Führungsverhalten sowie den politisch- ökonomischen Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens ins Zentrum gerückt. Damit wurde „die Ethik“ auch zu einem Ort der unvermeidlichen Auseinandersetzungen zwischen dem Ethos der Heilberufe und „der Ökonomie“.

Nicht das Bedürfnis nach ethischen Fallbesprechungen bei komplizierten Entscheidungen stand im Vordergrund, sondern das Bedürfnis, als „moralisch schlecht“ empfundene Phänomene in der Patientenversorgung innerhalb der Mitarbeiterschaft und des Unternehmens anzusprechen und aufzulösen. Nicht Fehler und Fehlervermeidung, sondern Fehlverhalten und „Fehlverhältnisse“ struktureller Art wurden thematisiert.

Das Nürnberger „Ethik-Projekt“ mündete strukturell in die Gründung eines Klinischen Ethik-Komitees, das jedoch bewusst die Bezeichnung „Ethik-Forum“ erhielt. Damit sollte zum Ausdruck gebracht werden, dass es sich über die „ethische Fallbesprechung“ hinaus als ein Forum der offenen Thematisierung kritischer Zustände verstand. In idealer Form wird „die Ethik“ zum Frühwarnsystem, das es Führungskräften ermöglicht, in enger Zusammenarbeit mit den jeweiligen Mitarbeitern die Entwicklung von Problemen zu erkennen und deren Chronifizierung durch geeignete Lösungskonzepte zu verhindern. Deutlicher kann nicht zum Ausdruck gebracht werden, dass „Ethik-Management“ eine zentrale Rolle in der Entwicklung und Führung moderner Krankenhausunternehmen spielt.

> *„… die Leitung des 1998 gegründeten selbständigen Kommunalunternehmens Klinikum Nürnberg von Anfang an auch die Ethik als Aufgabe der Unternehmensentwicklung im Blick hatte – eine ethische Positionierung, die nicht nur die klassischen Fragen der Medizin- und Pflegeethik betraf, sondern auch Aspekte der Unternehmenskultur wie Führung, Kommunikation und Transparenz.“ (Erbguth et al. 2007)*

Aus dem Ethik-Code des Klinikums Nürnberg (2002):

„Das Klinikum Nürnberg ist ein Unternehmen, das ethischen Grundsätzen verpflichtet ist. Diese betreffen alle Dienstleistungen am Patienten, die Gestaltung organisatorischer Abläufe, die Kommunikation zwischen Mitarbeiter/innen und beteiligten innerklinischen Institutionen sowie die Leitung aller Ebenen. [...] Der Ethik-Code soll sicherstellen, dass die Würde des einzelnen Patienten und seine stets individuelle Situation Maßstab allen Handelns sind.

- Wirtschaftlichkeit und Ethik sind kein Gegensatz. Vielmehr dient der möglichst effiziente und effektive Umgang mit Ressourcen auch der möglichst optimalen Patientenversorgung.
- Qualitätssichernde Maßnahmen reflektieren die ethischen Grundsätze des Hauses und dürfen niemals in Gegensatz zu ihnen geraten.
- Offene Umgangsweisen in der Mitarbeiterschaft und loyale Führungsprinzipien wirken sich unmittelbar auf die Qualität der Patientenversorgung aus. Aus diesem Grund kommt dem Umgang der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter untereinander und den Führungsgrundsätzen auch eine wesentliche ethische Dimension zu.
- Jede Patientin und jeder Patient ist eine eigenständige Persönlichkeit, die in ihrer Individualität, Autonomie und Würde von der Aufnahme bis zum Verlassen des Klinikums zu achten ist.
- Umgang der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter muss so gestaltet sein, dass Respekt voreinander und Fairness untereinander eingehalten werden. Führungskräfte haben in ihrem Verhalten insbesondere zu beachten, dass nicht verletzt wird.“

7.14 Weitere Ethik-Projekte an deutschen Kliniken

Das Nürnberger Vorbild wurde in mehreren deutschen Krankenhäusern aufgegriffen und bis heute weiterentwickelt. Nicht immer wurden die Berichte der Ethik-Erhebung mit Freude und Begeisterung aufgenommen. In einem Fall fürchtete ein Klinikum um seinen Ruf, falls die Befunde in Papierfassung dokumentiert würden. Ein weiteres großzügiges Ethik-Projekt wurde 2001 von dem damaligen Hamburger „Landesbetrieb Krankenhäuser“ (LBK Hamburg) durch den damaligen Vorstand Heinz Lohmann ermöglicht. Sein Leitmotiv „Gute Medizin zu bezahlbaren Preisen“ verbindet die Verantwortung für den einzelnen Patienten mit der Verantwortung für einen bedachten Ressourceneinsatz. Auch hier wurden wertvolle Erfahrungen gesammelt und teilweise veröffentlicht. Leider kam das Projekt zum Stillstand, als die städtischen Krankenhäuser Hamburgs privatisiert wurden. Mehrere Jahre später übernahmen aber auch private Klinikkonzerne, allen voran die SANA-Gruppen, vorhandene Ethik-Modelle und modifizierten sie für ihre jeweiligen Strukturen. Das von den

vier größten privaten Trägern eingerichtete Internet-basierte Qualitätsportal „4QD“ „Qualitätskliniken“ führte „Ethik“ als eigenständige Qualitätsdimension zur Bewertung der jeweiligen zertifizierten Kliniken ein (s. Kap. 4). Damit wurde „Ethik“ einerseits weiter aufgewertet, andererseits auch zum Element des Wettbewerbs, womit die Gefahr einer Funktionalisierung für wirtschaftliche Interessen entstand. Eine organisationsethische Konzeption im Sinne eines Ethik-Managements, wie sie das Klinikum Nürnberg entwickelt hat, ist heute noch nicht verallgemeinert. Gleichwohl lässt sich unschwer erkennen, dass dieses Modell in Zukunft eine wachsende Bedeutung erhält, weil medizinische Qualität, die immer auch eine ethische Dimension beinhaltet, mit Kriterien der Wirtschaftlichkeit vereinbart werden müssen.

7.15 Ausblick

Die erwähnten Praxisbeispiele sind nur einige unter vielen. Der Kreis jener, welche die Bedeutung der Ethik im Krankenhaus erkannt haben und Bewusstsein für die vielen alten und neuen ethischen Herausforderungen in Medizin, Gesundheitswesen und Gesundheitswirtschaft gefördert haben, ist in den vergangenen beiden Jahrzehnten kontinuierlich gewachsen. Die oben dargestellten Krankenhäuser und weitere Versorgungseinrichtungen haben dazu beigetragen, diese Entwicklung voranzutreiben. Die Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) hat sich dabei als ein besonders aktives, offenes Zentrum erwiesen. Aber auch die Wirtschafts- und Managementwissenschaften und die Betriebswirtschaftslehre haben sich zunehmend ethisch positioniert. Unbeantwortet ist jedoch in Deutschland die Frage, wie weit die Rechte und Ansprüche der Individuen auf ‚Gesundheit‘ gehen sollen, wer für ‚Gesundheit‘ Verantwortung und wer die Kosten zu tragen hat, und wie weit Gesellschaft und Staat hier regulierend eingreifen sollten. Selbst wenn es einen politisch bindenden Konsens zu diesen Fragen gäbe, blieben doch die Führungskräfte der Kliniken und die in der direkten Patientenversorgung stehende Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte in jeder Entscheidungssituation weiterhin aufgefordert, jeweils konkrete Lösungen zu finden. Ethik-Kompetenz und Ethik- Management leisten hierfür einen wertvollen und wertschaffenden Beitrag – Ethik ist im Krankenhaus zu wichtig, um sie dem Zufall zu überlassen.

Weiterführende Literatur

Gallmeier W, Wehkamp KH (2000) Ethik im Klinikum der Zukunft: Ein kritischer Diskurs zum Ethik Projekt im Klinikum Nürnberg. In: Möller PA (Hrsg.) Verantwortung und Ökonomie in der Heilkunde. 1. Auflage. Frankfurt/Main, New York

Krobat T, Heller A (2010) Ethik organisieren – Handbuch der Organisationsethik. Lambertus-Verlag Freiburg

Steinkamp N, Gordijn B (2005) Ethik in Klinik und Pflegeinrichtung, Neuwied, Köln, München, Luchterhand

Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin (2010) Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. EthikMed 22:149–153

Zitierte Literatur

Erbguth F, Fichtner R, Sieber C (2007) Ethik als Aufgabe der Unternehmensentwicklung. In: Maly U, Estelmann A (Hrsg.) Kommunal und erfolgreich: das Klinikum Nürnberg im Spannungsfeld zwischen Wettbewerb und öffentlicher Daseinsvorsorge. 157–174. Mabuse Frankfurt

Härtel E, Schuh P (2007) Orientierung an den tätigen Menschen. In: Maly U, Estelmann A (Hrsg.) Kommunal und erfolgreich: das Klinikum Nürnberg im Spannungsfeld zwischen Wettbewerb und öffentlicher Daseinsvorsorge. 137–149. Mabuse Frankfurt

Helbig W (1995) The Company Henriettenstiftung. In: Schmidt K (Ed.) The Quest for Identity, Strategies, Methods and Examples. 70–82. Cambridge University Press London New York

Henriettenstiftung, Wehkamp K (1998) Ethik-Kodex, Entwurf Stand März 1998, Impressum

Khushf G (2003) Auszug einer Präsentation Center for Bioethics, University of South Carolina vor Führungskräften des Landesbetriebs Krankenhäuser Hamburg (LBK)

Klinikum Nürnberg (2002) Ethik-Code des Klinikums Nürnberg. Das Ethik-Projekt-Materialiensammlung

Lauer W (1999) Drei Thesen zur Einrichtung klinischer Ethik-Komitees im Krankenhaus. In: Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V., Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (Hrsg.) Ethik-Komitee im Krankenhaus. 7–9. Freiburg

Voß J, Helbig W, Deutscher Evang. Krankenhausverband (Hrsg.) (1997) Kath. Krankenhausverband Deutschland. Freiburg

Kennedy Institute of Ethics. URL: https://kennedyinstitute.georgetown.edu (abgerufen am 24.04.2017)

Glossar

In diesem Glossar werden die wichtigsten der in diesem Buch verwendeten Fachbegriffe erläutert. Die Darstellung kann hier nur verkürzt erfolgen, da nicht wenige dieser Begriffe im Bereich des Gesundheitswesens in einen so komplexen Rahmen einzuordnen sind, dass sie jeweils bereits für sich allein genommen ganze Bücher an Diskussion und Reflexion füllen.

Akademie für Ethik in der Medizin (AEM):
Multiprofessionelle Gesellschaft zur Förderung der Ethik in Medizin, Pflege und Gesundheitswesen. Sitz der Geschäftsstelle ist die Universität Göttingen. 2017 ca. 700 Mitglieder. Herausgeber der Fachzeitschrift „Ethik in der Medizin". Die AEM führt die Ethmed-Datenbank, eine Sammlung von Literaturhinweisen die sich von Zeitschriften und Zeitungsartikel über Fachbücher bis zu Gesetzestexten mit ethischer Relevanz erstreckt.

Audit:
Ein Audit überprüft, ob Vorgaben an Prozesse, Strukturen, Anforderung oder Richtlinien erfüllt werden. Dies können beispielsweise Vorgaben einer Qualitätsmanagementnorm aber auch ethische Grundsätze sein. Je nach Art des Audits werden nur Dokumente oder die tatsächliche Umsetzung geprüft.

Autonomie:
Selbstbestimmung des Patienten. Wichtiger medizinethischer Grundsatz. Betont das Recht eines Patienten, eine medizinische Maßnahme abzulehnen. Bedeutet nicht, dass der Patient eine beliebige medizinische Maßnahme einfordern kann.

Betreuungsvollmacht:
Verfügung eines Patienten für den Fall eigener Entscheidungsunfähigkeit, in der festgelegt wird, wer an Stelle des Patienten für ihn Entscheidungen treffen soll/kann. Auch als Stellvertretervollmacht.

Bioethics:
Englischsprachiger Begriff, der häufig synonym für Medizinethik verwendet wird. Streng genommen werden dabei die psychosozialen und anthropologischen Aspekte der Medizin nicht hinreichend beachtet.

Biomedical Principles:
Die vier biomedizinischen Prinzipien des Nicht-Schadens, der Fürsorge, der Patientenautonomie und der Gerechtigkeit wurden in einem grundlegenden und laufend aktualisierten Werk von Beauchamps und Childress dargestellt und prägen die Medizinethik maßgeblich. Die Prinzipien werden als *Prinzipien mittlerer Reichweite* bezeichnet, da sie auf die grundsätzliche Diskussion im Spannungsfeld zwischen theologischer, utilitaristischer und deontologischer Ethik verzichten und dem Entscheider ein praxis-

orientiertes Werkzeug bieten, aus dem sich unmittelbar Entscheidungen für konkrete Situationen ableiten lassen.

Critical Incident Reporting System (CIRS):
Anonymes Meldesystem für kritische Ereignisse, Strukturen oder Prozesse, die zu Beeinträchtigungen der Patientenversorgung oder zu deren Gefährdung führen könnten.

Compliance:
Bezeichnet die Übereinstimmung zwischen Vorgaben (z.B. Anordnungen zur Einnahme von Medikamenten oder Gesetze) und Erfüllung derselben.

Compliancemanagement:
Managementmaßnahmen zur Erkennung und Vorbeugung von Compliancerisiken. Beispiele sind Maßnahmen gegen Korruption im Krankenhaus.

Corporate Environmental Responsibility (CER):
Formuliert die Verantwortlichkeit eines Unternehmens gegenüber der Umwelt.

Corporate Ethical Identity:
In Anlehnung an die englische Bezeichnung der Unternehmensidentität (corporate identity) setzt dieser Begriff die ethische Identität des Unternehmens bzw. der Mitarbeiter in den Fokus und bezeichnet die gezielte Ausformung dieser als konkrete Managementaufgabe. In diesem Sinne will Ethik als Markenmerkmal und Alleinstellungsmerkmal verstanden werden.

Corporate Social Responsibility (CSR):
Unternehmensethik. Formuliert die Verantwortung eines Unternehmens gegenüber der Gesellschaft.

Deklaration von Helsinki:
Für Ärzte verbindliches Dokument des Weltärztebundes zur Regelung der Forschung an Menschen. Wichtig für alle Krankenhäuser, in denen medizinische Forschung, Arzneimittelstudien oder experimentelle Medizin betrieben wird.

Deontologie:
Ethik-Lehre, die allgemeine Grundsätze, Prinzipien und auch Tugenden in den Vordergrund stellt (im Unterschied zum → Utilitarismus)

Dilemma, ethisches:
Ein Dilemma ergibt sich, wenn von zwei möglichen Optionen beide Vor- und Nachteile bieten und somit jede Entscheidung negative Konsequenzen hat. Diese zu erkennen und zu benennen hilft die Handlungsfähigkeit aufrecht zu erhalten.

Effektivität:
Die Effektivität bezeichnet die Wirksamkeit und zwar zunächst unabhängig vom aufgewendeten Ressourceneinsatz. Qualitativ hochwertige Medizin ist also zwingend effektiv sein.

Effizienz:
Die Effizienz bezeichnet das Verhältnis von Aufwand zu erreichtem Nutzen. Eine Effizienzsteigerung kann also dadurch bewirkt werden, dass der Aufwand (bzw. Ressourceneinsatz) verringert wird, bei gleichbleibendem Ergebnis. Alternativ kann eine Effizienzsteigerung darauf basieren, dass bei gleichem Ressourcenaufwand das Ergebnis verbessert wird. Eine Effizienzsteigerung kann aber auch darauf basieren, dass die Ressourcen um einen starken Faktor gekürzt werden und das Ergebnis sich nur um einen geringen Faktor dadurch verschlechtert. Entsprechend kann eine Effizienzsteigerung also durchaus mit einem Qualitätsverlust einhergehen.

Ethik-Berater:
In Medizin- und Pflegeethik qualifizierte Person, die von extern oder intern ein Klinikum oder Pflegeheim in ethischen Dingen berät und ggf. begleitet. Auch Bezeichnung für Mitglieder eines Ethik-Komitees, die Ethik-Konsile bzw. Ethische Fallberatung durchführen.

Ethik-Café:
Offener Gesprächskreis zu aktuellen ethischen Themen und Herausforderungen im Krankenhaus. In der Regel geleitet von Mitgliedern des klinischen Ethik-Komitees.

Ethik-CIRS:
Ein Ethik-CIRS ist die Adaption oder Erweiterung eines (meist elektronischen) Systems zur anonymisierten Meldung kritischer Zwischenfälle im klinischen Setting um ethische Problemfälle.

Ethik-Forum:
Andere Bezeichnung für ein Klinisches Ethik-Komitee, das proaktiv Ethik-Projekte und Projekte fördert, tendenziell ist die Anzahl der Teilnehmer größer als im Ethik-Komitee.

Ethik-Komitee:
Name für organisationsinterne, freiwillig eingerichtete interprofessionelle Einrichtung. Gibt Empfehlungen zu ethischen Konflikten bei kritischen Entscheidungen im Krankenhaus oder Pflegeheim.

Ethik-Kommission:
Einrichtung auf gesetzlicher Basis zur Kontrolle von Forschung an Menschen. Gilt besonders für Arzneimittelstudien. In der Medizin ist die De-

klaration von Helsinki des Weltärztebundes die normative Grundlage ihrer Arbeit.

Ethik-Kompetenz:
Eine durch Wissen und Empathie entwickelte Fähigkeit, ethische Probleme wahrzunehmen und zu deren Lösung beizutragen.

Ethik-Konsil:
Einbeziehung eines Ethik-Beraters zur Unterstützung schwieriger Entscheidungen

Ethik-Management:
Bezeichnung für ein Managementkonzept, das auf ethischer Kompetenz der Führungskräfte und eine explizit reflektierte Wertebasis setzt.

Ethik-Officer:
Englisch: Ein Ethik-Officer entspricht einem Ethik-Beauftragten. Der Titel betont etwas stärker die offizielle Verantwortlichkeit und Exekutivfunktion. Im deutschsprachigen Raum ist eher der Begriff Ethik-Beauftragter üblich, der allerdings hierarchisch häufig niedriger eingeordnet wird.

Ethik-System/Ethik-Infrastruktur:
Umfasst die Strukturen und Prozesse, die ethische Aspekte der Handlungen von Mitarbeitern berühren. Unterscheidung zwischen formell und informell. Die formelle Ebene entspricht den offiziellen Dokumenten und der offiziellen, formell-formalen Kommunikation im Unternehmen. Die informelle Ebene bezieht sich auf die tatsächlichen Handlungen und die tatsächlichen Inhalte der Kommunikation zwischen den Mitarbeitern. Gerade im Bereich der Ethik gibt es aber nicht selten eine erhebliche Diskrepanz zwischen den Inhalten der beiden Ebenen.

Ethik-Tag:
Informations- und Diskussionsveranstaltung zu ethischen Themen. Zumeist vom Klinischen Ethik-Komitee durchgeführt.

Evidenzbasierte Medizin (EBM):
Eine Methodik und ein Konzept, dass die wissenschaftliche Fundierung medizinischer Entscheidungen klassifiziert und in den Vordergrund rückt. Gefordert wird jeweils ein möglichst hoher Evidenzgrad, d.h. die Entscheidungen für oder wider eine bestimmte Diagnostik oder Therapie sollte möglichst auf wissenschaftlichen Fakten bzw. Studien basieren. Es werden verschiedene Evidenzgrade unterschieden, wobei die Metaanalyse mehrerer randomisierter, kontrollierter Studien den höchsten Evidenzgrad darstellt.

Formalziel:
Bezeichnung für die unternehmerischen Ziele, die für die Erfüllung des

Sachziels wichtig sind. Im Krankenhaus: Erwirtschaftung von Gewinnen. (Unterschied: → Sachziel)

Genfer Ärztegelöbnis:
Aktueller internationaler Ethik-Kodex für Ärzte. Dokument des Weltärztbundes.

Hippokratischer Eid:
Antiker Ethik-Kodex der Ärzte, der im Kern auch den heute gültigen Kodex des Weltärztebundes prägt, das (siehe) Genfer Ärztegelöbnis.

Informed Consent:
International übliche Bezeichnung für die (erforderliche) Zustimmung eines Patienten zu einer an ihm vorgenommenen medizinischen Maßnahme. Der Zustimmung muss die (dokumentierte) Information des Patienten durch den Arzt vorausgehen.

Informelles Ethik-System:
vgl. Ethik-System

Interessenkonflikt:
Liegt vor, wenn unterschiedliche Interessen aufeinanderstoßen. (Beispiel: Interesse des Patienten nach bestmöglicher Versorgung und Interesse des Versicherten nach möglichst günstiger Versicherungsprämie).

International Council of Ethics:
Zusammenschluss von mehr als 130 internationalen Berufsverbänden der Gesundheits- und Krankenpflege.

Klinisches Ethik Komitee (KEK):
vgl. Ethik-Komitee.

Konsensus-Prozess:
Aspekt eines Entscheidungsprozesses. Ziel ist die Herstellung von Einigkeit in Behandlungsteams oder unter den Organisationsverantwortlichen.

Leitbild:
Leitbilder fassen ethische und kulturelle Ansprüche und Verhaltensmaßgaben einer Organisation zusammen. In der Praxis gibt es häufig eine hohe Übereinstimmung zu einem Ethik- oder Verhaltenskodex.

Management by objectives (MbO):
Führungs- bzw. Managementtechnik, bei der für Mitarbeiter oder Organisationseinheiten zu erreichende Ziele festgelegt werden. Es ist durchaus erwünscht, dass diese Ziele gemeinsam mit den Mitarbeitern erarbeitet werden, wichtig ist, dass die Summe der Einzelziele dem Unternehmensziel entspricht. Die Führungstechnik geht in ihrer theoretischen Aus-

arbeitung auf Peter Drucker zurück und entspricht einem transaktionalen Führungsstil.

Normatives Management:
siehe St. Galler Managementmodell

Operatives Management:
siehe St. Galler Managementmodell

Opportunitätskosten:
Unter Opportunitätskosten versteht man einen entgangenen Nutzen bzw. Effekt, der dadurch entsteht, dass alternative Möglichkeiten zur Ressourcennutzung nicht gewählt wurden. Dies ist oft unumgänglich, da sich Möglichkeiten gegenseitig ausschließen und somit durch eine Entscheidung, eine von mehreren Möglichkeiten gewählt wird. Der potentielle Nutzen bei den nicht gewählten Optionen entspricht den Opportunitätskosten. Wenn beispielsweise ein Arzt einen Patienten operiert, kann er nicht gleichzeitig einen anderen Patienten operieren – die dadurch nicht erfolgte Operation und der somit nicht vorhandene Benefit bei dem nicht operierten Patienten lässt sich als Opportunitätskosten verstehen. Bei begrenzten Ressourcen führen Entscheidungen zur Verwendung des Budgets regelhaft zu nicht genutzten Möglichkeiten und somit zu Opportunitätskosten.

Organisationsethik:
Im Unterschied zur Ethik individueller Entscheidungen wird die Rolle von Organisation, Strukturen und Kultur im Unternehmen bei der ethischen Entscheidungsfindung berücksichtigt.

Partizipative Entscheidungsfindung:
Die aktive Einbeziehung des Patienten in den Entscheidungsprozess für seine eigene medizinische Behandlung wird als partizipative Entscheidungsfindung (oder auch Shared decision making) bezeichnet. Kern des Vorgehens besteht in der Kommunikation und evidenzbasierten Bewertung der Behandlungsoptionen, damit der Patient sich auf dieser Basis entscheiden kann. Vergleiche auch „Informed consent“.

Patientengeheimnis:
Traditionelles medizinärztliches Gebot, das Informationen des Patienten an den Arzt oder Informationen über den Patienten vor Veröffentlichung oder Weitergabe an Dritte schützen soll. In Zeiten der Digitalisierung besonders gefährdet. (vgl. auch Schweigepflicht)

Patientenrechte:
Die gesetzlich fixierten Rechte von Patienten müssen von den Mitarbei-

tern der Klinik und vom gesamten Krankenhausunternehmen geachtet werden.

Patientenverfügung:
In der Regel verbindliche Erklärung eines Patienten über an ihm vorzunehmende oder zu unterlassende Therapiemaßnahmen für den Fall einer Entscheidungsunfähigkeit. Das Krankenhaus muss sicherstellen, dass die Verfügung Beachtung findet.

Public Health:
Aus dem Amerikanischen stammender Begriff zur Bezeichnung von Bemühungen zur Verbesserung der Gesundheit von Kollektiven bis hin zur Weltbevölkerung. In Deutschland mit der Sozialmedizin und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst verbunden. Hierzu gehören insbesondere der Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung, aber auch medizinische Versorgungsangebote und die Aufstellung des Gesundheitssystems. Im Gegensatz zur Individualmedizin liegt der Fokus also nicht auf dem Individuum, sondern auf der Gesundheit von Bevölkerungsgruppen. Für den Begriff Public Health gibt es keine treffende deutsche Übersetzung. In Analogie zur Abgrenzung zwischen Betriebswirtschafts- und Volkswirtschaftslehre ließe sich Public Health am besten mit „Volksgesundheitslehre" übersetzen – dieser Begriff ist aber aufgrund der Verwendung während der NS-Zeit zu negativ konnotiert.

Rentabilität:
Von Rentabilität kann gesprochen werden, wenn ein Ressourceneinsatz zu Gewinn führt, d.h. wenn die erwirtschafteten Mittel die eingesetzten Mittel übersteigen.

Sachziel:
Bezeichnung für die inhaltliche Aufgabe und Zielsetzung eines Unternehmens. Im Krankenhaus: Versorgung von Patienten. Unterschied zu (siehe) Formalziel.

Schweigepflicht:
Der Arzt muss Informationen über den Patienten oder ihm persönlich von ihm mitgeteilte Informationen in der Regel nicht an Dritte weitergeben. Er kann von der Schweigepflicht entbunden werden, wenn der Patient dem zustimmt.

St. Galler Managementmodell:
Das an der Universität von St. Gallen in den 60er Jahren entwickelte klassische Modell zur Gliederung des Managements umfasst drei Ebenen. Auf Ebene des *normativen Managements* werden einzuhaltende bzw. zu erreichende Ziele, Regeln und Prinzipen für das Unternehmen festgesetzt. Auf Ebene des strategischen Managements werden Strategien entwickelt, um die

bestehenden Ziele zu erreichen und auf der Ebene des operativen Managements erfolgt die praktische Umsetzung. Selbstverständlich stehen die verschiedenen Ebenen im Austausch und sind entsprechend dynamisch gedacht. Das Modell wurde in mehreren Generationen weiterentwickelt und integriert in der aktuellen Version noch deutlich expliziter verschiedene Prozessebenen, den Einfluss der verschiedenen Stakeholder und der Kultur.

Strategisches Management:
siehe St. Galler Managementmodell

Supererogation:
Theologischer Begriff zur Bezeichnung von Handlungen, mit denen jemand mehr tut, als seine Pflicht verlangt. Pflicht ist hier beispielsweise im beruflichen oder juristischen Sinne gemeint.

Systemtheorie:
Unter der Systemtheorie (systemisches Konzept, Systemdenken) wird eine Betrachtungsweise verstanden, bei der die Interaktion und die Abhängigkeit der verschiedenen Elemente des Systems in den Vordergrund gestellt werden. Krankenhäuser lassen sich als extrem komplexe Systeme verstehen mit entsprechend hohem Anspruch an die Führungskräfte. Führung in diesem Sinne bedeutet das System der Organisation so zu beeinflussen, dass die Unternehmensziele erreicht werden.

Transaktionale Führung:
Bei diesem Führungsstil stehen Mitarbeiter und Führungskräfte in einem Austausch, der sich über die Ausarbeitung und das Verfolgen von materiell oder immateriell inzentiverten Zielen ergibt. Die Delegation von Verantwortung, verknüpft mit dem Festlegen von Zielen und der Kontrolle der Zielerreichung steht also im Fokus. Dieser Führungsstil ist relativ häufig in Krankenhäusern und anderen Unternehmen anzutreffen.

Transformationale Führung:
Dieser Führungsstil zielt auf die intrinsische Motivation der Mitarbeiter ab. In diesem Sinne ist es die Aufgabe der Führungskräfte, die Mitarbeiter so zu motivieren, dass diese die Unternehmensziele übernehmen und zu ihren eigenen Zielen machen. Materielle Inzentivierung steht hier eher im Hintergrund. Dieser Führungsstil lässt sich bei vielen Startup-Unternehmen beobachten und ist dort teils sehr erfolgreich in Bezug auf den erbachten Arbeitseinsatz.

United Nations Global Compact:
Der Name bezeichnet eine Initiative, die sich auf freiwillige Vereinbarungen zwischen den Vereinten Nationen und Wirtschaftsunternehmen mit

dem Ziel bezieht, die Globalisierung sowohl ökologisch als auch sozial verträglicher zu gestalten.

Unternehmensethik:
Bezeichnung für die Gesamtheit ethischer Komponenten in einem Unternehmen, bevorzugt aber der Unternehmensphilosophie, die Ziele und Werte des Unternehmens zum Ausdruck bringt.

Utilitarismus:
Ethik-Lehre, die den Nutzen einer Entscheidung bzw. einer Maßnahme in den Vordergrund stellt, anstelle von strengen Prinzipien. Gegenposition zur → Deontologie. Auch dem Konsequenzialismus zugeordnet, der die Folgen einer Handlung oder Entscheidung in den Vordergrund stellt.

Value based Management:
Management auf Basis einer Unternehmensphilosophie, die kulturelle, moralische oder religiöse Werte umfasst.

Verantwortungsethik:
eine von mehreren Richtungen der philosophischen Ethik, die die Verantwortung der Personen in den Mittelpunkt stellt.

Wirtschaftsethik:
Die Wirtschaftsethik reflektiert ethische Prinzipien und Konzepte auf das betriebs- und volkswirtschaftliche Handeln. Zentral ist die Frage, inwieweit die Ethik über staatliche und gesellschaftliche Gesetze und Normen regulativ in die marktwirtschaftlichen Kräfte eingreifen sollte, da letztere prinzipiell unabhängig von ethischen Überlegungen wirken.

Whistleblowing:
Das Aufzeigen von (zumeist verdeckten) Fehlentwicklungen und Prozessen in Unternehmen. Whistleblower sind oft gefährdet, da sie vielfach als „Denunzianten“ oder „Nestbeschmutzer“ diskriminiert werden. Aufgrund der unterschiedlichen Geschichte ist Begriff in der angloamerikanischen Kultur hingegen weniger stark negativ konnotiert.

Zentrum für Gesundheitsethik an der Evangelischen Akademie Loccum (ZfG):
1996 gegründet, Sitz in Hannover. Bearbeitet medizin- und gesundheitsethische Themen, die im Rahmen der kirchlichen Arbeit von Bedeutung sind.

Zielkonflikt:
Liegt vor, wenn unterschiedliche, sich gegenseitig ausschießende Ziele miteinander konkurrieren.

Sachwortverzeichnis

A

Akademie für Ethik in der Medizin 141
Aufrichtigkeit 120

B

Berufskodex 25
Berufsordnung 45
betriebswirtschaftliche Unternehmensziele 71
Biomedical Ethics 55
Bottom-up-Ethik 77, 103

C

Changemanagement 109
Chef 147
Chefarzt 147
CIRS-System 98
Compliance-Management-Systeme 100
Corporate Environmental Responsibility 84
Corporate Ethical Identity 134
Corporate Identity 20, 120, 144
Corporate Social Responsibility 20, 84

D

Deklaration von Genf 42
Deklaration von Helsinki 51
Deontologie 31, 73
Deutscher Ethik-Rat 92
Dilemma 30
Diskursethik 33

E

Effizienz 136
Empathie 122
Engagement 67, 113, 114, 116, 117, 118, 122, 124, 129, 134, 147
Ethical Grand Round 21, 140
Ethik-Audit 98
Ethik-Beauftragter 89
Ethik-CIRS 97, 161
Ethik-Code 156
Ethik-Forum 95
Ethik-Kodex 82, 145
Ethik-Komitee 91, 111, 149
Ethikkommission 92
Ethik-Kompetenz 11, 14, 15, 30
Ethik-Management 26, 81
Ethik-Medien 95
Ethik-Projekt 63, 68, 133
Ethik-Workshop 95
ethische Kompetenz 6
ethischer Konflikt 7, 70, 146
ethisches Problem 64
Europäische Berufsordnung 46
Evaluation 96
Evidenzbasierte Medizin 110
Externe Ethik-Berater 93

F

Fachkräftemarkt 87
Feedback 97
formelles System 80
Freiwilligkeit 119
Führungskraft 15, 30, 103, 123, 127
Fürsorge 117

G

Genfer Ärztegelöbnis 41
Georgetown University 142
Gesellschaft 5
Gesundheitssystem 40
Gleichbehandlung 44, 46

H

Health-Care-Consumer 50
Healthcare team 3
Henriettenstiftung 146
Hippokratischer Eid 35, 39

I

informelle Ebene 102
informelles System 80
Infrastruktur 80
Institution 17
Interkulturalität 133

K

Kennzahl 117
kirchliche Krankenhäuser 69
Klinikum Nürnberg 150
Klinisches Ethik-Komitee 8, 23
Kommunikation 62, 94

konfessionelle Krankenhäuser 119, 144
konfessionelle Krankenhausverbände 148
Konsentierungsprozess 85
kontinuierlicher Verbesserungsprozess 100
Kunde 50

L

Lancet Kommission 16

M

Management 104
Management by Objectives 106
Managementkompetenz 15
Managementwissenschaften 157
Management 1
Marke 19
MBA-Eid 57
MBA Oath 58, 85
medizinische Qualität 128, 137
Menschenbild 65
Menschenwürde 46
Mitarbeiterbefragung 96

N

Nationaler Ethikrat 17
Nietzsche, Friedrich Wilhelm 9
Normatives Management 83
Nutzenethik 32, 73

O

Ökonomisierung 74
Ordnungspolitische Vorgaben 136
Organisationsethik 26, 110

P

Partizipative Entscheidungsfindung 110
Patientenorientierung 113, 128
Patient 50
personalisierte Medizin 65
Personalressourcen 102
personelle Ethik-Strukturen 88
Pflegedirektor 116
Pflegeethik 54, 56
Potenzial 69
Prinzipien der biomedizinischen Ethik 48
Prinzipienethik 73
Priorisierung 49
Prozess 79
Public Health 3

Q

Qualitätsdimension 108
Qualitätsentwicklung 154
Qualitätsklinik 157
Qualitätsmanagement 37, 108
Qualitätsmanagementhandbuch 94
Qualitätsreduktion 136
Qualitätssicherung 96, 128
Qualitätsversprechen 130, 134

R

Rationierung 49
Regelverstoß 99

S

Sanktion 86, 99
Spaßveranstaltung 68
Staffordshire Hospital 11
St. Gallener Managementmodell 107
Struktur 79
Systemebene 78

T

Tod 140

U

Unternehmensethik 78
Unternehmenskultur 77, 118, 126, 127, 144
Unternehmensleitbild 65
Unternehmensstrategie 19
Utilitarismus 31, 73

V

Value-Based-Management 107
Verantwortung 105
Verhaltenskodex 82
Vertrauen 24, 153
Vertrauensbildung 87
Verwaltung 1, 8

W

Wertschätzung 62, 63, 147
Whistleblowing 98
wirtschaftlicher Erfolg 136
Wirtschaftsethik 54 ,57

Z

Zentrum für Gesundheitsethik 143
Ziel 5, 13
Zielkonflikt 62

Die Autoren



Prof. Dr. rer. pol. Dr. med. Karl-Heinz Wehkamp

Geboren 1948 in Gelnhausen. Schulzeit in Emden. Studium Soziologie/Philosophie in Frankfurt/Main und Bremen, Humanmedizin in Würzburg und Lübeck. Facharzt für Gynäkologie, Zusatz Psychotherapie. Fortbildung „Bioethics" Georgetown University. Gründungsdirektor Zentrum für Gesundheitsethik. Langjähriges Vorstandsmitglied der AEM Akademie für Ethik in der Medizin. 1997–2012 Professor für Gesundheitswissenschaften/Public Health HAW Hamburg. 2012–2016 Gastprofessor für Management im Gesundheitswesen an der Universität Bremen. Freier Managementberater Krankenhausökonomie und Ethik.



Prof. Dr. med. Kai Wehkamp, MPH

Geboren 1978 in Bremen. Studium der Humanmedizin in Lübeck und Kiel, Studium Public Health in Hamburg. Assistenzarzt und später Oberarzt für klinisches Qualitätsmanagement, Ökonomie und DRGs in der Klinik für Innere Medizin I am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel. Seit 2015 ebd. Geschäftsführender Oberarzt. Seit 2013 Professor für Public Health im Department Medizinmanagement der Medical School Hamburg. Praktischer und wissenschaftlicher Schwerpunkt im Bereich Qualitätsmanagement, Digital Health, Krankenhausökonomie und Ethik. Facharzt für Innere Medizin. Vorstandsmitglied der GQMG Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung.